

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL
SANITARIA



Evaluación de los Comportamientos
Adictivos en Personas con Enfermedad
Mental Grave y Prolongada

Trabajo de Fin de Máster

ALUMNA: MARÍA MARTÍN DOMÍNGUEZ

TUTOR: Dr. MANUEL ÁNGEL FRANCO MARTÍN

JUNIO 2017

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

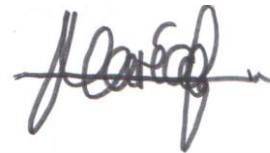
Declaro que:

1) He redactado el trabajo “*Evaluación de los Comportamientos Adictivos en personas con Enfermedad Mental Grave y Prolongada*” para la asignatura de Trabajo Fin de Master en el curso académico 2016/2017 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes bibliográficas citadas en las Referencias bibliográficas.

2) He identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes indicadas, textualmente o conforme a su sentido.

3) El trabajo realizado así como el material incluido en los Anexos constituye una aportación personal y que no he copiado, reproducido ni utilizado programas ya existentes. En todos los casos se ha reconocido expresamente la autoría de instrumentos de evaluación o similares, publicados.

4) Soy consciente de que no respetar estos extremos es objeto de sanciones universitarias y/o de otro orden, incluyendo la calificación del TFM con un 0-Suspenso.



Fdo.: María Martín Domínguez

Salamanca, junio de 2017

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Pedro y Agustina, y a mis hermanos, Zahara y Rafael, por el apoyo y cariño incondicional durante mis años de estudiante.

A mi pareja, Álvaro, por darme razones por las que seguir adelante y nunca rendirme. Pese a la distancia.

A mis amigas, por la compañía emocional que han dado en esta etapa de transición.

A los profesionales del Complejo Asistencial de Zamora, en especial a la Dra. Amaya Caldero Alonso, por su disponibilidad y ayuda.

A mi tutor, el Dr. Manuel Ángel Franco Martín, quien me abrió camino en esta investigación.

ÍNDICE

Resumen.....	06
Abstract.....	07
1. Introducción.....	08
2. Objetivos.....	12
3. Metodología.....	13
3.1. Participantes.....	13
3.1.1. Criterios de inclusión	14
3.1.2. Criterios de exclusión	14
3.2. Diseño.....	14
3.3. Instrumentos.....	15
3.4. Procedimiento	16
3.5. Análisis estadístico.....	17
4. Resultados.....	17
5. Discusión de resultados.....	25
6. Conclusiones.....	29
7. Referencias.....	32
8. Anexos.....	37
8.1. Anexo 1. Cuaderno de Recogida de Datos	38
8.1.1. Hoja de información al paciente y Consentimiento Informado.....	39
8.1.2. Índice Europeo de Severidad de la Adicción (EuropASI).....	43
8.1.3. Escala Breve de Calificación Psiquiátrica (BPRS)	49
8.1.4. Entrevista Clínica Estructurada para DSM-IV (SCID-I).....	55
8.1.5. Test de Detección de Uso de Alcohol, Tabaco y otras Sustancias (ASSIST).....	68
8.2. Anexo 2. Variables estudiadas a través de los Instrumentos de Evaluación.....	76
8.3. Anexo 3. Proceso de selección de la literatura científica y revisión bibliográfica.....	79
8.4. Anexo 4. Investigación de los Comportamientos Adictivos en Enfermedad Mental Grave y Prolongada.....	80
8.5. Anexo 5. Solicitud y Aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica.....	84
8.6. Anexo 6. Características de los Comportamientos Adictivos en la muestra de pacientes con Enfermedad Mental Grave y Prolongada.....	85

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1.....13

Tabla 2.....18

Tabla 3.....22

Tabla 423

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.....19

Figura 2.....20

Figura 3.....25

Figura 4.....25

RESUMEN

A lo largo de las siguientes páginas se desarrolla un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo y factorial intergrupos con el objetivo principal de evaluar los comportamientos adictivos en una muestra de $n=21$ pacientes con enfermedad mental grave y prolongada (trastornos del espectro de la esquizofrenia, otros trastornos psicóticos y trastorno bipolar) ingresados en la Unidad de Agudos de Psiquiatría adjunta al Hospital Provincial de Zamora. Todo ello con la intención de estudiar la relación que existe entre los citados trastornos psiquiátricos y el consumo de sustancias.

El presente estudio se ha desarrollado en cuatro fases: revisión bibliográfica de la literatura científica, solicitud al comité ético de investigación clínica, captación de sujetos y análisis de datos. Se han empleado los siguientes instrumentos de evaluación: Índice Europeo de Severidad de la Adicción (EuropASI), Escala Breve de Calificación Psiquiátrica (BPRS), Entrevista Clínica Estructurada para DSM-IV (SCID-I) y el Test de Detección de Uso de Alcohol, Tabaco y otras Sustancias (ASSIST).

Los resultados hallados indican que existe un alto consumo de sustancias en los sujetos evaluados, siendo el cannabis, la cocaína, barbitúricos y anfetaminas las más consumidas. El consumo de alcohol, tabaco y café en es incluso mayor al cannabis. La severidad de la sintomatología psicótica parece estar relacionada con el consumo de alcohol, heroína, anfetaminas, cannabis y tabaco, existiendo mayor predominio de sintomatología psicótica positiva, frente a la negativa.

Esta muestra de pacientes presenta gravedad de síntomas psiquiátricos, recaídas, violencia y una tasa elevada de intentos de suicidio a lo largo de la vida.

En base a la legislación vigente en España, las competencias del Psicólogo General Sanitario están orientadas a la rehabilitación y modificación de hábitos (prevención terciaria) en el contexto de la enfermedad mental grave y prolongada.

Palabras clave: Enfermedad mental. Esquizofrenia. Abuso de Sustancias. Uso de Sustancias.

ABSTRACT

Along the next pages, a descriptive, transversal, retrospective and factorial study is developed with the main goal of assessing the addictive behavior in a sample of $n=21$ patients with a serious and prolonged illness (schizophrenia spectrum disorder, other psychotic disorders and bipolar disorder) hospitalized at Unit of Psychiatry Acute related to the Provincial Hospital of Zamora. Another aim of this study is to describe the relationships between the previously mentioned psychiatric disorders and the consumption of drugs.

This present study has been developed into four phases: bibliographic review of scientific literature, application to the ethical committee of clinical investigation, recruitment of individuals and finally, the analysis of the data. To analyze the forehead information, tools like European Addiction Severity Index (EuropASI), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS); Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis I Disorders (SCID-I) and Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) has been used.

The results obtained in this study indicate a high consumption of drugs in the recruited individuals, being cannabis, cocaine, barbiturates and amphetamines the most consumed. The consumption of alcohol, tobacco and coffee is even superior to the cannabis.

The severity of the psychotic symptomatology seems to be related to the consumption of alcohol, heroine, amphetamines, cannabis and tobacco, existing a largest predominance of positive over the negatives psychotic symptomatology.

This sample of patients shows serious psychiatric symptoms, relapses, violence and a high rate of suicide attempt along their lives.

According to the current Spanish legislation, the competences of the General Sanitary Psychologist, in relation to the patients with severe and prolonged mental illness, is to guide to the rehabilitation and modification of the habits (tertiary prevention).

Key words: Mental illness. Schizophrenia. Substance abuse. Substance use.

1. INTRODUCCIÓN

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, el trastorno o enfermedad mental es conceptualizado como un síndrome o patrón comportamental y/o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad (DSM-5, 2014). El presente trabajo ha definido como enfermedad mental grave y prolongada como aquellas enfermedades mentales que cursan con una disfuncionalidad o dependencia de una duración superior a los dos años, siendo la mayoría de los casos trastornos del espectro de la esquizofrenia y el trastorno bipolar, centrándose fundamentalmente en ellos para su desarrollo e investigación.

Según la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM–5*, 2014) los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos son la esquizofrenia, otros trastornos psicóticos y el trastorno esquizotípico de la personalidad. Se definen por anomalías en uno o más de los siguientes cinco dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonia) y síntomas negativos.

El trastorno bipolar y los trastornos relacionados están, en el DSM-5, separados de los trastornos depresivos y situados entre el capítulo dedicado al espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, y el dedicado a los trastornos depresivos, en reconocimiento de su condición de puente entre las dos clases diagnosticas en términos de sintomatología, historia familiar y genética.

Los trastornos relacionados con sustancias en el DSM–5 combinan las categorías abuso y dependencia en un trastorno único medido en un continuo que va de leve a severo. Engloban 10 clases diferentes de drogas: el alcohol, la cafeína, el cannabis, los alucinógenos, los inhalantes, los opiáceos, los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, los estimulantes, el tabaco, y otras sustancias (o sustancias desconocidas).

Según el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA, 2016), se estima que casi una cuarta parte de la población adulta de la Unión Europea, más de 88 millones de personas, han probado drogas ilegales en algún momento de su

vida. Según los informes, el consumo de drogas es más habitual en hombres (54,3 millones) que en mujeres (34,8 millones). La droga más consumida es el cannabis (51,5 millones de hombres y 32,4 millones de mujeres), seguido muy de lejos por la cocaína (11,9 millones de hombres y 5,3 millones de mujeres), la MDMA (9,1 millones de hombres y 3,9 millones de mujeres) y las anfetaminas (8,3 millones de hombres y 3,8 millones de mujeres). El consumo de drogas registrado el año 2014 constituye una buena indicación del consumo reciente y se concentra principalmente en los jóvenes (de 15 a 34 años).

Está bien estudiado que el uso de sustancias puede desencadenar el principio de esquizofrenia en individuos vulnerables (Nielsen, Toftdahl, Nordentoft, & Hjorthøj, 2017; Vaucher et al., 2017). En Europa se ha documentado una alta incidencia de trastornos por abuso de sustancias en pacientes con enfermedad mental grave (Tsai & Rosenheck, 2013; Volkow, 2009), con una prevalencia de hasta un 50%, superior a la población en general (Kavanagh, McGrath, Saunders, Dore & Clark, 2002; Barnett, Werners, Secher, Hill, Brazil, Masson, & Jones, 2007), siendo el alcohol, cannabis, cocaína y los estimulantes las sustancias más consumidas (Bizzarri, Rucci, Sbrana, Miniati, Raimondi, Ravani, & Gonnelli, 2009).

La comorbilidad entre el trastorno bipolar y el abuso de sustancias tiene una prevalencia de entre 1.3% y 5% y aproximadamente el 30% de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados presentan trastornos relacionados con el abuso de sustancias (Larrañaga, 2006). La esquizofrenia y abuso de sustancias ha aumentado su frecuencia en los últimos años en un 20%-30%, por lo que ahora alrededor del 70%-80% de las personas con enfermedad mental grave abusan del consumo a lo largo de toda su vida (Westermeyer, 2006).

La *hipótesis original de la automedicación* (Khantzian, 1997) postula que los individuos con enfermedad mental grave buscan sustancias específicas para reducir los síntomas psiquiátricos, tanto positivos como negativos. Los intentos de aliviar la disforia (Dixon, Haas, Weiden Sweeney & Frances, 1991) o los incómodos efectos secundarios neurológicos producidos por los medicamentos antipsicóticos en estos pacientes (Potvin, Pampoulova, Mancini-Marie, Lipp, Bouchard, & Stip, 2006) podría explicar el incremento de la comorbilidad. Debido a que las personas con enfermedad mental grave son particularmente propensas al estrés y la depresión tienden en mayor

medida al consumo de sustancias para aliviar dichos síntomas y, por lo tanto, poseen mayor riesgo de desarrollar un trastorno adictivo.

El *síndrome de la falta de recompensa* (Nisell, Nomikos, & Svensson, 1995; Green, Zimmet, Straus, & Schildkraut, 1999; Chambers, Krystal, & Self, 2001) también podría explicar la alta prevalencia del trastorno adictivo en pacientes esquizofrénicos. Defienden que: (a) las personas con esquizofrenia tienen una disfunción en las vías de recompensa mesocorticolímbicas mediadas por la dopamina, dañando la capacidad de detección de señales; (b) esta disfunción explica el uso de sustancias en esta población de tal forma que (c) los efectos biológicos primarios de las drogas en los individuos con esquizofrenia suponen una mejoría transitoria del sistema de recompensa en el cerebro. Como consecuencia, los efectos del consumo de sustancias permiten a las personas con esquizofrenia experimentar sentimientos de recompensa del entorno que la mayoría de la gente disfruta con facilidad cada día. Además, varios estudios compararon el rendimiento cognitivo de pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo con y sin un diagnóstico comórbido del abuso de sustancias o dependencia. Los resultados indican que en aquellos con un diagnóstico comórbido el rendimiento fue mayor en tareas de función ejecutiva, atención, rapidez psicomotriz, aprendizaje verbal y memoria (Schnell, Koethe, Daumann, & Gouzoulis-Mayfrank, 2009; DeRosse, Kaplan, Bturdick, Lencz, & Malhotra, 2010).

Son diversos los estudios que han encontrado una relación significativa entre la enfermedad mental y abuso de sustancias (Venable, Carey, Carey & Maisto, 2003; Gurpegui, Aguilar, Martínez-Ortega, Diaz & de Leon, 2004; Westermeyer, 2006; Thornton, Baker, Johnson, Kay-Lambkin & Lewin, 2012). En primer lugar, aquellos pacientes con comorbilidad esquizofrenia y consumo de sustancias tienen un comienzo más temprano de la enfermedad mental en comparación con pacientes sin diagnóstico comórbido de consumo. En segundo lugar, el abuso de sustancias y alcohol generalmente empieza después del comienzo de los síntomas prodrómicos de la esquizofrenia pero antes del inicio de la psicosis. Por lo tanto, estos hallazgos sugieren que el abuso de sustancias puede precipitar o exacerbar la enfermedad mental en personas vulnerables, mientras que el alcohol y, a veces, el consumo de cannabis pueden ocurrir más como una complicación posterior a la enfermedad (Westermeyer, 2006).

Por lo que respecta al consumo de sustancias estimulantes en población general, el tabaco está fuertemente asociado a la ingesta de cafeína y es posible que esta relación se deba a factores farmacodinámicos o factores genéticos. Partiendo de esta base, el estudio realizado por Gurpegui et al., (2004) pone de manifiesto que existe una fuerte asociación entre el consumo concomitante de cafeína y tabaco en pacientes con esquizofrenia. La severidad de la sintomatología de la esquizofrenia no está relacionada significativamente con el consumo de cafeína y, además, parece que fumar incrementa el efecto metabólico. Existe igualmente una fuerte asociación entre el consumo simultáneo de cafeína y alcohol, pero éste sólo fue significativo en el grupo de hombres. Otro estudio (Venable et al., 2003) indica que el consumo de tabaco está relacionado con el diagnóstico psiquiátrico y la severidad de la enfermedad, así como con el consumo de cafeína y abuso de sustancias, de tal forma que la severidad de la enfermedad mental contribuye a aumentar la frecuencia con la que se fuma, incluso después de controlar el abuso de otras sustancias.

Las razones por las que las personas con enfermedad mental grave consumen sustancias tales como el tabaco, el alcohol o el cannabis se debe, respectivamente, a que les ayuda a enfrentarse al estrés de tal forma que consiguen relajarse de inmediato, les permiten disfrutar de situaciones sociales y mejorar el placer (Thornton et al., 2012).

El tratamiento a seguir con pacientes que cursan trastorno por uso de sustancias y trastornos psiquiátricos combina la medicación farmacológica con la psicoterapia y tratamientos psicosociales para enfermedad mental y abuso de sustancias. Se lleva a cabo por grupos multidisciplinarios basándose en una perspectiva a largo plazo, donde la farmacoterapia, rehabilitación, intervención y apoyo social está adaptado a cada paciente (Green, Noordsy, Brunette & O'Keefe, 2008).

El estudio de los comportamientos adictivos en personas con enfermedad mental grave y prolongada es especialmente importante porque se han demostrado resultados negativos a largo plazo y peor calidad de vida en general en estos pacientes (Johnson, Brems & Burke, 2000): inicio a una edad joven del consumo de sustancias, aumento de los síntomas, disminución de la adherencia al tratamiento, aumento de las recaídas, la violencia y la victimización, así como la falta de una vivienda digna, incremento del riesgo de enfermedades como el VIH, hepatitis B, hepatitis C e infecciones y un mayor

riesgo de suicidio en comparación con los pacientes sin trastorno adictivo (Westermeyer, 2006; Green, Noordsy, Brunette & O'Keefe, 2008).

2. OBJETIVOS

El objetivo general de este trabajo es evaluar los comportamientos adictivos en personas con enfermedad grave y prolongada (trastornos del espectro de la esquizofrenia, otros trastornos psicóticos y trastorno bipolar) y estudiar la relación que existe entre estos trastornos psiquiátricos y el consumo de sustancias.

En este sentido se establece la siguiente hipótesis: en pacientes con enfermedad mental grave existe un consumo significativamente elevado de psicoestimulantes, un número elevado de ingresos hospitalarios y una asociación significativa entre la enfermedad mental y el abuso de sustancias.

Como objetivos específicos se busca:

- Investigar las variables sociodemográficas.
- Analizar el nivel y el tipo de consumo (alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes, tabaco y otras sustancias).
- Investigar en qué medida existe relación entre el consumo de sustancias y los síntomas psicopatológicos en esta población.
- Investigar en qué medida existe relación entre el consumo de sustancias y el número de ingresos hospitalarios en esta población.
- Comprobar si existe diferencia en la cantidad de sustancias consumidas en función del diagnóstico de los pacientes.
- Analizar si existe relación entre la preocupación por el riesgo de experimentar los daños asociados al consumo de sustancias y la percepción de gravedad de problemas en diversas áreas de la vida cotidiana (médico, empleo, alcohol, drogas, legal, familia/entorno social y psicológico).

3. METODOLOGÍA

3.1. Participantes

Este estudio se ha realizado con una muestra total de $n=21$. Los participantes han sido usuarios de la Unidad de Agudos de Psiquiatría y la Unidad Funcional Asertivo Comunitaria (UFAC) adjuntas al Hospital Provincial de Zamora (tabla 1).

Tabla 1

Características Sociodemográficas y Clínicas de la muestra de pacientes con Enfermedad Mental Grave y Prolongada

Características sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sexo:		
Mujer	11	52,4%
Varón	10	47,6%
Edad:		
18-30	1	4,8%
31-45	9	42,9%
46-65	11	52,4%
Lugar de residencia:		
Zamora Capital	8	38,1%
Pueblo de Zamora	13	61,9%
Diagnóstico:		
Esquizofrenia Paranoide	7	33,3%
Trastorno Esquizoafectivo	3	14,3%
Trastorno Delirante	3	14,3%
Trastorno Bipolar	4	19,0%
Trastorno Psicótico inducido por sustancias	1	4,8%
Trastorno Esquizotípico	1	4,8%
Episodio Psicótico Breve	1	4,8%
Psicosis no orgánica sin especificación	1	4,8%

La muestra de esta investigación, como se ha señalado anteriormente, está compuesta por hombres (47,6%) y mujeres (53,4%) residentes de la capital de Zamora (38,1%) y de pueblos de la provincia (61,9%). La mayoría residen en hogares de su propiedad o de su familia (76,2%) mientras que el resto viven de alquiler o en la Fundación INTRAS.

La media de edad de los pacientes evaluados en la Unidad de Agudos de Psiquiatría es de 47 años ($M=46,95$; $DT=10,97$). La media de edad en las mujeres es de 50 años ($M=50,09$; $DT=3,61$), con edades comprendidas entre los 31 y 65 años. La

media de edad de los hombres es de 43 años ($M=43,50$; $DT=2,88$), oscilando entre los 28 y 56 años.

La media del tiempo de ingreso el momento de evaluación de los pacientes es de 7 días ($M=7,10$; $DT=4,91$), oscilando entre 1 y 20 días.

El diagnóstico más común ha sido Esquizofrenia Paranoide, constituyendo un tercio de los pacientes (33,3%). Otros diagnósticos han sido: Trastorno Bipolar (19%), Trastorno Esquizoafectivo (14,33%), Trastorno Delirante (14,33%) y cuatro casos únicos (Trastorno Psicótico Inducido por Sustancias, Trastorno Esquizotípico, Episodio Psicótico Breve y Psicosis no orgánica sin especificidad) que, conjuntamente, constituyen el 19,05%.

3.1.1 Criterios de inclusión

Los pacientes elegidos fueron aquellos que cumplieron los siguientes criterios: (a) diagnóstico previo de alguna enfermedad mental grave y prolongada perteneciente a trastornos del espectro de la esquizofrenia, otros trastornos psicóticos y trastorno bipolar según el DSM-5; (b) edad comprendida entre los 18 – 65 años; (c) capacidad física y mental adecuada para colaborar en la investigación; (d) consentimiento informado escrito firmado; (e) ingreso en la Unidad de Psiquiatría durante la recogida de datos.

3.1.2 Criterios de exclusión

Los pacientes se excluyeron por las siguientes razones: (a) deseo de abandonar la investigación; (b) edad menor a 18 años; (c) problemas motores, visuales o auditivos que dificultara la recogida de datos; (d) diagnóstico previo de deficiencia mental o CI límite; (e) antecedentes personales relacionados con cualquier trastorno psiquiátrico del eje I distinto a esquizofrenia o trastorno bipolar; (f) antecedentes personales de TCE, enfermedad neurológica o infección del SNC.

3.2. Diseño

Se ha realizado un estudio descriptivo de variables sociodemográficas, transversal durante enero-abril de 2017, retrospectivo y factorial intergrupos de un conjunto de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, otros trastornos psicóticos y trastorno bipolar para evaluar sus comportamientos adictivos.

3.3. Instrumentos

Los instrumentos utilizados para la realización de este trabajo se recogen en el Cuaderno de Recogida de Datos (Anexo 1) y se detallan a continuación:

Para la evaluación sociodemográfica, se ha empleado el **Índice Europeo de Severidad de la Adicción (EuropASI)** (Bobes, González, Saiz y Bousoño, 1996). La EuropASI es la versión europea de la 5ª versión del ASI (Addiction Severity Index, Índice de Gravedad de la Adicción) desarrollada por McLellan, Luborsky, Woody y O'Brien (1980). Este instrumento permite realizar un diagnóstico multidimensional de los problemas de adicción, evaluar su gravedad y ponerlos en un contexto bio-psico-social. Evalúa las siguientes seis áreas de la vida potencialmente problemáticas que han podido contribuir al desarrollo del síndrome de abuso en los pacientes: (a) situación médica (16 ítems); (b) empleo/recursos (26 ítems); (c) alcohol/drogas (28 ítems); (d) situación legal (23 ítems); (e) historia familiar (51 ítems); (f) relaciones familiares/sociales (26 ítems) y (g) salud mental (22 ítems) (Bobes, Bascarán, Bobes-Bascarán, Carballo, Díaz, Flórez y Carreño, 2007).

La evaluación de los síntomas psiquiátricos se ha medido a través de la **Escala Breve de Calificación Psiquiátrica (BPRS)** (Brief Psychiatric Rating Scale; Ventura, Green, Shaner y Liberman, 1993). Se trata de un instrumento que mide la gravedad de síntomas psicóticos y no psicóticos en el contexto de los trastornos mentales graves en 18 ítems. Cada uno de ellos se mide en una escala de 7 puntos que oscila desde “síntoma no evaluado” hasta “síntoma presente, intensidad extremadamente severa”. Permite obtener una puntuación total y dos puntuaciones parciales divididas en síntomas positivos y síntomas negativos.

Para determinar el diagnóstico se utilizó la **Entrevista Clínica Estructurada para DSM-IV (SCID-I)** (Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis I Disorders; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1997). La SCID-I se trata de una entrevista semi-estructurada destinada a realizar los diagnósticos más importantes del eje I del DSM-IV.

La evaluación del abuso de sustancias en este colectivo de pacientes se ha realizado a través de la versión española del **Test de Detección de Uso de Alcohol, Tabaco y otras Sustancias (ASSIST)** (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test; Valladolid, Martínez-Raga, Martínez-Gras, Alfaro, Bértolo, Barba, y

Montejo, 2014). La ASSIST es una prueba de detección del consumo de diferentes sustancias desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Facilita la identificación temprana de riesgos para la salud mediante una puntuación bajo-moderado-alto. Este instrumento permite identificar el tipo de intervención necesaria ante el consumo de sustancias, obteniendo una puntuación específica del paciente para cada una de ellas (tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, anfetaminas, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos y otras drogas). En base a ésta, puntuaciones altas indican la necesidad de tratamiento intensivo para las adicciones. También permite conocer la preocupación por los efectos secundarios asociados al consumo de sustancias en cada uno de los sujetos.

En el Anexo 2 están reflejadas las variables de estudio que se han analizado en cada uno de los instrumentos de evaluación.

3.4. Procedimiento

El procedimiento se desarrolló en las siguientes fases:

1ª Fase. Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de la literatura científica publicada a través de las bases de datos Pubmed y PsycArticles en el mes de agosto de 2016. Durante el mes de enero de 2017 tuvo lugar una segunda búsqueda bibliográfica con el objetivo de obtener la información más actualizada posible acerca de los comportamientos adictivos en enfermedad mental grave y prolongada. Se utilizaron como términos clave: “Mental illness”; “Schizophrenia”; “Substance abuse” y “Substance use”. La selección del material siguió un procedimiento hipotético-deductivo que se muestra en el Anexo 3. Se realizó una tabla de clasificación de los estudios con la finalidad de analizar las similitudes y discrepancias entre los diferentes trabajos (Anexo 4). De esta forma, se pudieron estudiar los comportamientos adictivos en enfermedad mental grave y prolongada con mayor facilidad y profundidad.

2ª Fase. Se solicitó al Comité Ético de Investigación Clínica la autorización para realizar el estudio en diciembre de 2016 (Anexo 5).

3ª Fase. La captación de los sujetos se realizó con la ayuda de los profesionales de la Unidad de Psiquiatría del Complejo Asistencial de Zamora, quienes facilitaron el acceso a las instalaciones, ofrecieron orientación sobre el diagnóstico previo de los pacientes e información relacionada sobre los criterios de inclusión. Tras la firma del

consentimiento informado (Anexo 1), se procedió a cumplimentar de forma heteroaplicada los instrumentos anteriormente mencionados en un despacho dentro de la Unidad de Agudos. La recogida de datos se efectuó entre los meses de enero y abril de 2017 por la presente investigadora. Cada evaluación requirió, al menos, una hora y media del tiempo del paciente.

4ª Fase. Una vez recogidos los datos, se realizaron análisis estadísticos durante el mes de mayo de 2017 con el programa estadístico IBM-SPSS Statistics 23 para la presentación de los datos obtenidos.

3.4 Análisis estadístico

Mediante dicho programa informático se llevó a cabo un análisis descriptivo (media, desviación típica, frecuencias y porcentajes) de las distintas variables extraídas de los instrumentos de evaluación (EuropASI, BPRS, SCID-I y ASSIST).

Seguidamente se ejecutó un análisis correlacional entre las variables consumo de sustancias y la enfermedad mental grave y prolongada.

Por último, se realizaron hipótesis de diferencia de medias para conocer la existencia de diferencias estadísticamente significativas en el consumo de sustancias entre hombres y mujeres y entre los distintos grupos diagnósticos en el consumo de sustancias. Para este análisis se recurrió a las pruebas estadísticas t de Student y ANOVA.

4. RESULTADOS

Antes de comenzar la evaluación se pidió a los pacientes que, bajo su percepción, puntuaran su perfil de gravedad (PG) en diversas áreas de la vida cotidiana, siendo 0=ausencia de problemas graves y 9=existencia de problemas muy graves. Los resultados han sido: PG_Médico (M= 4,10; DT= 3,36); PG_Empleo (M= 3,29; DT= ,69); PG_Alcohol (M= 0,86; DT= 2,08); PG_Drogas (M= 0,76; DT= 1,81); PG_Legal (M= 2,33; DT= 3,84); PG_Familiar/Social (M= 4,48; DT= 3,80) y PG_Psicológico (M= 3,67; DT= 3,37).

A continuación se analizaron las áreas de la vida potencialmente problemáticas que han podido contribuir al desarrollo del síndrome de abuso en los pacientes:

En cuanto a la situación médica, el 71,4% de los pacientes padece un problema médico crónico que continua interfiriendo en su vida y el 47,6% toma medicación prescrita de forma regular para un problema físico. La totalidad de los pacientes afirma no haber estado infectado de hepatitis y el 38,1% se ha realizado pruebas del VIH, obteniendo un conjunto de resultados VIH negativo. Estas pruebas se llevaron a cabo hace más de 5 años en el 23,8% de los casos. El 76,2% de los pacientes recibe pensión por invalidez, de los cuales el 66,2% dicha pensión se debe a invalidez psiquiátrica frente al 9,5% que la recibe por invalidez médica.

En cuanto al empleo y los recursos (tabla 2), el nivel de estudios de los pacientes evaluados es principalmente básico (42,9%) y grado medio (42,9%). La gran mayoría (90,5%) actualmente no trabaja y el 9,6% restante se encuentra de baja y excedencia laboral. El periodo de empleo regular más largo es dispar en la muestra, encontrando que el 23,8% ha trabajado de forma constante durante días o meses, mientras que otro 23,8% ha trabajado regularmente durante más de 10 años. El 71,4% se mantiene económicamente por la pensión o seguridad social y el 38,1% reconoce tener deudas (M=717,14; DT=1657,45).

Tabla 2

Características del Empleo y los Soportes de la muestra de pacientes con Enfermedad Mental Grave y Prolongada

Empleo y Soportes	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nivel de estudios		
Ed. Básica	9	42,9%
Ed. Media	9	42,9%
Ed. Superior	1	4,8%
Ed. Superior sin acabar	2	9,5%
Periodo de empleo regular más largo		
Días o meses	5	23,8%
1 a 2 años	4	19%
2 a 5 años	2	9,5%
5 a 10 años	2	9,5%
Más de 10 años	5	23,8%
Siempre empleado	2	9,5%
Periodo de desempleo más largo		
Días o meses	3	14,3%
1 a 2 años	4	19%
2 a 5 años	2	9,5%
5 a 10 años	3	14,3%
Más de 10 años	1	4,8%
Siempre desempleado	5	23,8%
Empleo actual		
No	19	90,5%
Baja laboral	1	4,8%
Excedencia laboral	1	4,8%
Mantenimiento económico		
Paro	2	9,5%
Pensión o seguridad social	15	71,4%

Compañeros, familiares o amigos	1	4,8%
Otras fuentes	2	9,5%
Baja médica	1	4,8%
Deudas		
No	13	61,9%
Sí	8	38,1%

En cuanto al uso de alcohol y drogas, la sustancia ilegal más consumida a lo largo de la vida en la muestra de pacientes es el Cannabis (52,4%), seguida de la cocaína (38,1%), los barbitúricos (38,1%) y las anfetaminas (33,3%). El consumo de sustancias legales a lo largo de la vida es incluso mayor, como el alcohol en cualquier dosis, tabaco o café. (Figura 2).

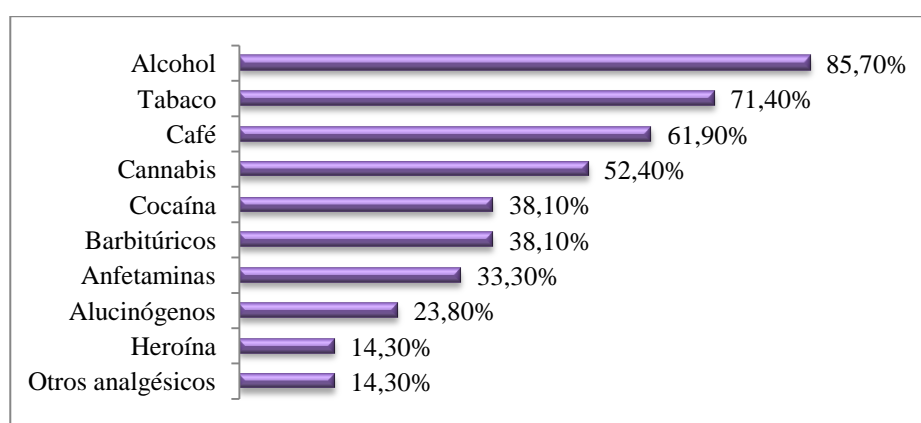


Figura 1. Consumo de Sustancias a lo largo de la vida en la muestra de pacientes con Enfermedad Mental Grave y Prolongada

La edad de inicio del consumo de sustancias, tanto legales como ilegales, coincide con la adolescencia y el inicio de la edad adulta. Sin embargo, el consumo de sustancias legales es generalmente más temprano: alcohol en cualquier dosis ($M=16,17$; $DT=5,46$) y tabaco ($M=15,47$; $DT=3,31$). Los resultados indican que el consumo de sustancias se prolonga a lo largo de la vida en gran mayoría de los pacientes (Anexo 6).

La sustancia más consumida a lo largo del último mes ha sido el cannabis ($M=68,25$; $DT=115,29$), seguida del café ($M=48,90$; $DT=27,06$) y el tabaco ($M=34,62$; $DT=11,26$). Estos resultados indican que hay bastantes diferencias en el consumo de sustancias entre los sujetos que componen la muestra. El escaso consumo del resto de sustancias puede explicarse por las condiciones medioambientales de los pacientes, ya que al encontrarse hospitalizados, se les restringía el acceso a psicoestimulantes, salvo el tabaco.

Se puede hablar de diferencias entre hombres y mujeres en cuanto al número de consumidores (figura 2). En general, hay más hombres consumidores, que mujeres consumidoras en casi todas las sustancias, salvo en los barbitúricos, ya que esta sustancia es más consumida entre las mujeres. Sin embargo, se aprecian diferencias menos acentuadas en el número de hombres y número de mujeres que consumen tabaco, café y cannabis. Más adelante se analiza la existencia de diferencias en el nivel de consumo entre ambos sexos.

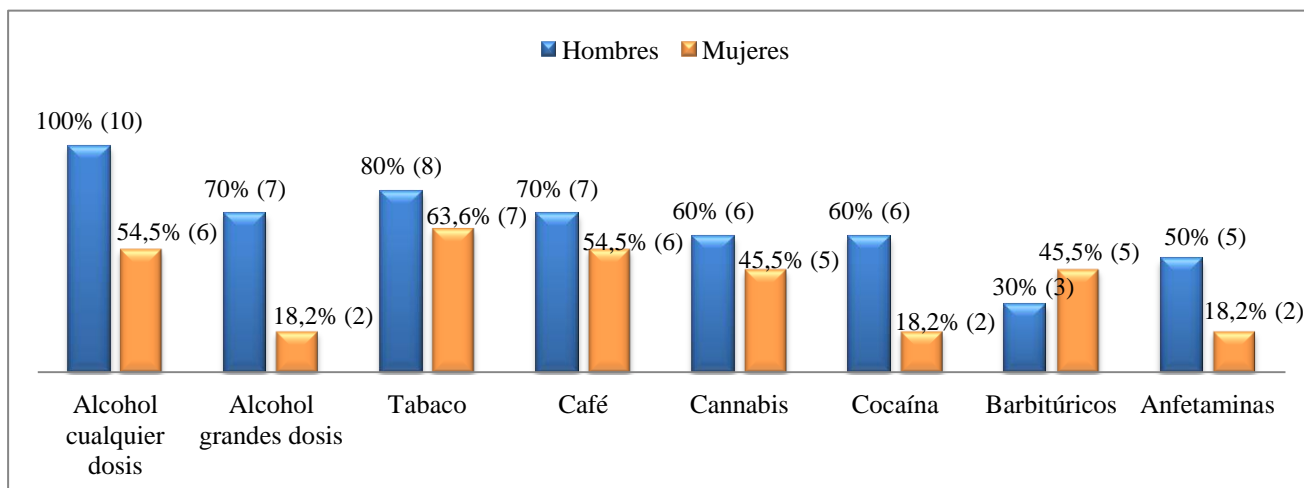


Figura 2. Diferencias en el porcentaje de hombres y mujeres que consumen de sustancias legales e ilegales a lo largo de la vida en la muestra de pacientes con enfermedad mental grave y prolongada

El 71,4% de los evaluados ha consumido más de una sustancia al día a lo largo de su vida y el 38,1% reconoce haberlo hecho en el último mes. Únicamente un sujeto ha consumido heroína y cocaína por vía parenteral (inyección intravenosa). El resto de sustancias han sido consumidas por vía oral, nasal y fumada. Del total de sujetos evaluados, n=6 han tenido delirium tremens ($M=2,5$; $DT=1,05$) y n=5 sobredosis por drogas ($M=1,8$; $DT=,84$).

El 62% considera que, a pesar de su consumo, no tiene problemas con las drogas. El 23,8% reconoce su doble adicción (alcohol y otras drogas) y el 14,3% su adicción a varias drogas o politoxicomanía. Un 19% ha recibido tratamiento para alcohol o drogas; n=3 en Proyecto Hombre y n=1 en Alcohólicos Anónimos. El tiempo de rehabilitación ha sido de un año o menos en todos los casos. Gracias a esta rehabilitación, la abstinencia del alcohol más duradera en los pacientes con mejores resultados oscila entre 1 y 3 años, mientras que la abstinencia a las drogas supera los 5 años. El 23,8% de los pacientes se ha mantenido abstinentes de forma voluntaria entre 1 y 5 años, mientras que el 38,1% nunca ha estado abstinentes.

El dinero invertido en el consumo de alcohol y drogas es de 167€ (DT=343,34) y 300€ (DT=575,67) respectivamente. De nuevo, estos resultados dejan ver que hay grandes diferencias en el dinero invertido en sustancias entre los sujetos de la muestra.

En cuanto a la situación legal, los pacientes indican que los delitos por los que más veces han sido acusados son: delitos violentos (M=5,40; DT=8,02), delitos contra la propiedad (robos en domicilios o tiendas) (M=5,17; DT=7,44) y alteración del orden (M=4,83; DT=4,17). Del total de la muestra, n=5 afirman que han sido condenados en alguna ocasión por esas acusaciones. El número de condenas por paciente oscila entre 1 y 4. Solamente un paciente ha estado en la cárcel, durante un periodo de 18 meses.

En relación a la historia de familia, el 28,6% de los pacientes cuentan con antecedentes familiares relacionados con problemas importantes de alcoholismo, abuso de otras drogas o antecedentes de enfermedad mental por su rama paterna, y otro 19% por su rama materna. Además, un total de n=6 sujetos evaluados también tienen hermanos con problemas de alcohol y drogas y/o enfermedad mental.

En cuanto a las relaciones familiares y sociales, los estados civiles soltero/a (n=14) y separado/a o divorciado/a (n=3) suman el 81% de la muestra, mientras que sólo el 19% está casado/a. El 42,9% está satisfecho con su estado civil, frente al 38,1% que no lo está. La mayoría de los pacientes vive solo (61,9%), el resto vive con su pareja e hijos, padres u otra familia (38,1%) y solamente uno de los evaluados convive con personas que usan drogas psicoactivas. Destaca que más de la mitad de los pacientes evaluados (57,1%) dice no estar satisfecho con la situación de su convivencia actual.

Un porcentaje importante de los sujetos pasa la mayor parte de su tiempo libre solo (47,6%). El 38,1% lo pasa con su familia y amigos sin problemas relacionados con alcohol o drogas, frente al 14% que comparte su tiempo libre con amigos con problemas actuales de abuso de estas sustancias. La red social y número de amigos íntimos que muestran estos pacientes es escasa (M=1,33; DT= 1,88). Por lo que respecta a la satisfacción general de los pacientes en cuanto al modo o forma en la que emplean su tiempo libre, el 57,1% dice estar satisfecho, el 28,6% no y el 14,3% es indiferente.

El 61,9% han sido abusados emocionalmente (insultos, etc.) a lo largo de la vida por parte de una persona cercana a ellos (padres, hermanos, parejas sentimentales...). El 33,3% ha sufrido daños físicos y el 19% abusos sexuales.

Por último, en cuanto al estado psiquiátrico, el número de veces que esta muestra de pacientes ha recibido tratamiento por problemas psicológicos o emocionales equivale a 14 ingresos hospitalarios a lo largo de la vida ($M=14,52$; $DT=22,59$) y 19 tratamientos ambulatorios ($M=19,16$; $DT=14,65$). El 38,1% de los pacientes ha realizado intentos suicidas a lo largo de la vida ($M=1,67$; $DT=3,48$).

La investigación continuó con la evaluación psiquiátrica y la necesidad de tratamiento para el consumo de sustancias:

Tras el análisis de la BPRS, se puede apreciar un predominio de sintomatología psicótica positiva ($M=12,10$; $DT=5,22$), frente a la negativa ($M=7,33$; $DT=3,10$) en esta muestra de pacientes. Como puede verse en la tabla 3, la sintomatología más grave la presentan el trastorno esquizotípico y el trastorno psicótico inducido por sustancias.

Tabla 3

Gravedad de los síntomas psicóticos y no psicóticos en la muestra de pacientes con Enfermedad Mental grave y prolongada

Diagnóstico	Nº Sujetos	BRPS Positivo		BPRS Negativo		BPRS Total	
		M	DT	M	DT	M	DT
Esquizofrenia Paranoide	7	10,71	2,19	8,71	1,15	39,29	4,40
Trastorno Bipolar	4	9,50	2,47	6,25	2,25	42,25	6,86
Trastorno Esquizoafectivo	3	10,67	1,76	7,33	1,45	47,33	7,79
Trastorno Delirante	3	14,33	,88	7,33	1,45	35,33	,88
Trastorno Psicótico Inducido por Sustancias	1	20	-	4	-	60	-
Trastorno Esquizotípico	1	23	-	4	-	69	-
Episodio Psicótico Breve	1	10	-	7	-	38	-
Psicosis no orgánica sin especificación	1	13	-	9	-	33	-

Nota1: BPRS = Brief Rate Psychiatric Scale

Nota 2: Interpretación de las puntuaciones: 0-9=Ausencia de trastorno; 10-20=Trastorno leve o “caso probable”; 21 o más= Trastorno grave o “caso cierto” (Ventura, Green, Shaner y Liberman, 1993).

Los resultados de la ASSIST nos indican la necesidad de intervención y tratamiento para el abuso de sustancias. Las puntuaciones, comprendidas entre 4 y 26, halladas en las siguientes sustancias significan la necesidad una intervención breve: uso

de tabaco ($n=14$; $M=18,79$; $DT= 6,76$), alcohol ($n=13$; $M=10,54$; $DT=10,13$); cannabis ($n=7$; $M=21,00$; $DT=9,64$), cocaína ($n=5$; $M=15,20$; $DT=15,82$), sedantes ($n=8$; $M=14,50$; $DT= 12,77$) y otras drogas (café) ($n=12$; $M=12,58$; $DT= 8,96$).

Las puntuaciones >26 son indicativas de la necesidad de un tratamiento más intensivo: anfetaminas ($n=4$; $M=26,50$; $DT= 12,4$); alucinógenos ($n=2$; $M=32,00$; $DT= ,00$) y opiáceos ($n=2$; $M=31,50$; $DT= ,706$).

Posteriormente se investigó la relación existente entre las siguientes variables: (a) la gravedad de la sintomatología psicótica y el consumo de sustancias; (b) la relación entre las áreas problemáticas de la vida cotidiana y, por último, (c) la relación entre el perfil de gravedad percibido por los pacientes y la necesidad de intervención:

En primer lugar, el análisis de correlación de Pearson revela que altas puntuaciones en sintomatología psicótica positiva se corresponden con puntuaciones altas en la gravedad psiquiátrica total ($R_{xy}=.664$; $p<.01^{**}$). Como puede verse en la tabla , existe relación entre el consumo de sustancias (alcohol, heroína, anfetaminas, cannabis y tabaco) y los síntomas psicopatológicos en esta población. Es destacable la relación que existe entre el cannabis y la sintomatología psiquiátrica. La edad de inicio del consumo cannabis se relaciona de forma inversa con los síntomas psicóticos positivos ($R_{xy}= -,592$; $p<.05^{*}$) y de forma directa con los síntomas negativos ($R_{xy}=.580$; $p<.05^{*}$).

Tabla 4

Relación entre la sintomatología psiquiátrica y los comportamientos adictivos en la muestra de pacientes con enfermedad mental grave y prolongada

Sustancias	BRPS		
	Total	Positivo	Negativo
Alcohol			
Necesidad de intervención	,567**		
Uso alcohol cualquier dosis a lo largo de la vida			,528**
Heroína y otros opiáceos			
Necesidad de intervención	1,000**	1,000**	
Anfetaminas			
Necesidad de intervención	,983*		
Cannabis			
Edad de inicio Cannabis		-,592*	,580*
Tabaco			
Edad de inicio tabaco			,540*

Nota: BPRS = Brief Rate Psychiatric Scale. * $p<.05$; ** $p<.01$

Únicamente se ha encontrado relación entre el número de ingresos hospitalarios y la necesidad de tratamiento por abuso del alcohol ($R_{xy}=.617$; $p<.05^*$) y de opiáceos ($R_{xy}=1$; $p<.01^{**}$).

En segundo lugar, existe relación entre los perfiles de gravedad en las diferentes áreas de la vida cotidiana. Los pacientes de la Unidad de Agudos perciben que cuanto mayores son sus problemas médicos, mayores son también sus problemas legales ($R_{xy}=.443$; $p<.05^*$), familiares y sociales ($R_{xy}=.587$; $p<.05^*$) y psicológicos ($R_{xy}=.657$; $p<.01^*$). Existe relación entre el perfil de gravedad sociofamiliar y psicológico ($R_{xy}=.583$; $p<.05^*$), indicando que cuanto mayores son los problemas psicológicos, existen más problemas en el entorno familiar y social.

La necesidad de intervención para el consumo de algunas sustancias se relaciona directamente con la percepción de gravedad en diversas áreas de la vida cotidiana. De esta forma, una mayor percepción de gravedad médica se relaciona con mayor necesidad de intervención en consumo de tabaco ($R_{xy}=.536$; $p<.05^*$), y una mayor necesidad de intervención en cannabis se relaciona con mayor percepción gravedad en el ámbito familiar, social ($R_{xy}=.839$; $p<.05^*$) y psicológico ($R_{xy}=.851$; $p<.05^*$).

Los pacientes evaluados sólo han mostrado especial preocupación por los efectos secundarios asociados a las anfetaminas a nivel psicológico ($R_{xy}=.706$; $p<.05^*$), mientras que la preocupación por los efectos secundarios asociados al consumo de sedantes se relaciona de manera inversa con el perfil de gravedad médico ($R_{xy}=-.719$; $p<.05^*$) y psicológico ($R_{xy}=-.739$; $p<.05^*$).

Para finalizar, se realizaron hipótesis de diferencia de medias para conocer la existencia de diferencias estadísticamente significativas en el consumo de sustancias entre hombres y mujeres y entre los distintos grupos diagnósticos en el consumo de sustancias: El análisis de diferencia de medias nos indica que entre hombres y mujeres, solamente existen diferencias estadísticamente significativas en el consumo de alcohol en grandes cantidades ($t=-2.249$; $p<.05$) y en el consumo de cocaína ($t=-3.037$; $p<.05$), teniendo los hombres un consumo considerablemente mayor que las mujeres. (figura 3).

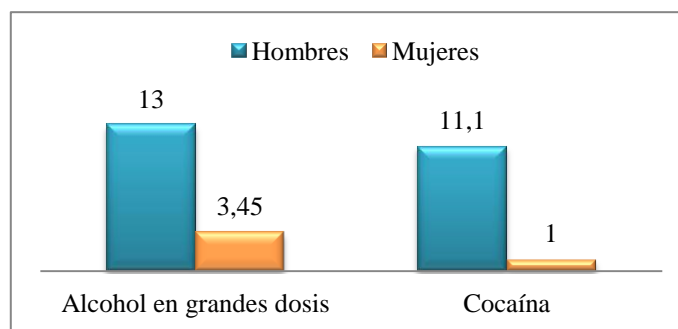


Figura 3. Diferencias en el consumo de sustancias a lo largo de la vida entre hombres y mujeres

En cuanto al análisis de varianza, únicamente encontramos diferencias significativas entre los distintos grupos diagnósticos en el consumo de alcohol en grandes dosis ($F=7,656$; $p<.05$), siendo el trastorno inducido por sustancias (30 años) y el tr. Esquizoafectivo (23 años) aquellos que han consumido alcohol en grandes cantidades durante más tiempo (gráfico)

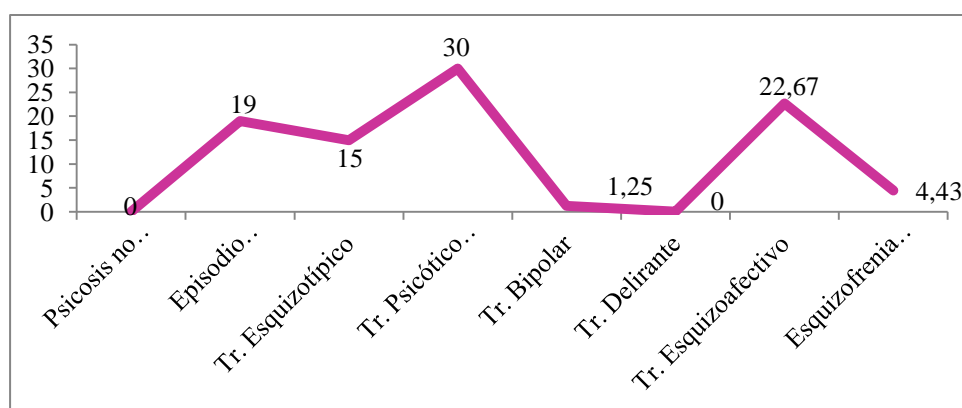


Figura 4. Diferencias entre los subgrupos diagnósticos en el consumo de alcohol en grandes cantidades

5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El objetivo general de este trabajo es evaluar los comportamientos adictivos en personas con enfermedad grave y prolongada y estudiar la relación que existe entre estos trastornos psiquiátricos y el consumo de sustancias. Los resultados hallados en el presente trabajo indican que existe una alta incidencia de consumo de sustancias entre la muestra de pacientes, ya que más de la mitad de los evaluados consume algún tipo de sustancia ilegal, siendo el cannabis, seguido de la cocaína, barbitúricos y anfetaminas las más consumidas. Estos datos coinciden con los hallazgos descritos previamente en la introducción (Kavanagh et al., 2002; Barnett et al., 2007; Bizarri, et al., 2009; Volkow, 2009; Tsai y Rosenheck, 2013), que afirman existe una alta prevalencia del

consumo de sustancias en personas con enfermedad mental grave de hasta un 50%, siendo el alcohol, cannabis, cocaína y los estimulantes las sustancias más consumidas.

Destacan los resultados hallados respecto al alcohol, tabaco y café en este estudio, cuyo consumo es incluso mayor al cannabis, alcanzando una prevalencia del 85%, 71,4 y 62% respectivamente. El 71,4% de los evaluados ha consumido más de una sustancia al día a lo largo de su vida y el 38,1% reconoce haberlo hecho en el último mes. Como indicaba Gurpegui et al., (2004) en su estudio, parece existir un fuerte consumo concomitante de cafeína y tabaco en pacientes con enfermedad mental grave y prolongada.

La severidad de la sintomatología psicótica no está relacionada significativamente con el consumo de cafeína. Sin embargo, sí parece estarlo con el consumo de alcohol, heroína, anfetaminas, cannabis y tabaco en esta muestra de sujetos, existiendo mayor predominio de sintomatología psicótica positiva, frente a la negativa.

Destaca la relación que existe entre el cannabis y la sintomatología psiquiátrica. Existe una relación inversa entre la edad de inicio del consumo del cannabis y los síntomas psicóticos positivos, pero se relaciona de forma directa con los síntomas negativos. Es decir, en el inicio del consumo de cannabis, hay mayor presencia de síntomas negativos que de síntomas positivos. Esto se ajusta a lo defendido por Westermeyer (2006), que indica que el abuso de sustancias y alcohol generalmente empieza después del comienzo de los síntomas prodrómicos de la enfermedad mental pero antes del inicio de la psicosis y, por lo tanto, el abuso de sustancias puede precipitar o exacerbar la enfermedad mental en personas vulnerables, siendo el consumo de alcohol y cannabis una complicación posterior a la enfermedad.

Se ha hallado que la edad de inicio del tabaco guarda relación con los síntomas negativos de la enfermedad, pero no con la gravedad total. Esto no coincide con el estudio de Vanable et al., (2003), el cual indica que el consumo de tabaco está relacionado con el diagnóstico psiquiátrico y la severidad de la enfermedad.

La edad de inicio del consumo de sustancias, tanto legales como ilegales, coincide con la adolescencia y el inicio de la edad adulta y su consumo se prolonga a lo largo de la vida en gran mayoría de los pacientes. Coincide con lo citado anteriormente

en la introducción, alrededor del 70%-80% de las personas con enfermedad mental grave abusan del consumo a lo largo de toda su vida (Westermeyer, 2006).

Llaman la atención los resultados relacionados con las sustancias más consumidas a lo largo del mes: cannabis ($M=68,25$; $DT=115,29$), café ($M=48,90$; $DT=27,06$) y tabaco ($M=34,62$; $DT=11,26$), el dinero invertido en el consumo de alcohol y drogas 167€ ($DT=343,34$) y 300€ ($DT=575,67$) respectivamente y la cuantía de las deudas ($M=717,14$; $DT=1657,45$). Advirtiendo la diferencia entre las puntuaciones de la media y sus desviaciones típicas, estos resultados indican que hay bastantes diferencias entre los sujetos que componen la muestra. Por esto mismo, se puede suponer que hay, tanto sujetos que consumen una cantidad importante de sustancias, invierten gran cantidad de dinero y tienen grandes deudas, como sujetos que apenas consumen, gastan poco dinero en su consumo y no tienen deudas. Estas diferencias cobran sentido al observar que un integrante de la muestra cuenta con el diagnóstico trastorno psicótico inducido por sustancias, cuyos resultados podríamos considerarlos valores atípicos o *outlier*.

En este estudio en general, hay más hombres consumidores que mujeres consumidoras en todas las sustancias, salvo en los barbitúricos, que son más consumidos entre las mujeres. Sin embargo, solamente existen diferencias estadísticamente significativas en el consumo de alcohol en grandes cantidades y en el consumo de cocaína, teniendo los hombres un consumo considerablemente mayor que las mujeres.

Únicamente encontramos diferencias significativas entre los distintos grupos diagnósticos en el consumo de alcohol en grandes dosis, siendo el trastorno inducido por sustancias (30 años) y el trastorno esquizoafectivo (23 años) aquellos que han consumido alcohol en grandes cantidades durante más tiempo. Esto quiere decir que el consumo del resto de las drogas estudiadas es uniforme a lo largo del tiempo en la muestra de pacientes con enfermedad mental grave y prolongada.

Existe un alto porcentaje de pacientes (62%) que pese a su consumo, considera que no tiene problemas con las drogas frente al 38% que reconoce su doble adicción o politoxicomanía. Esta información contrasta con la necesidad de intervención para el abuso de sustancias hallada en esta investigación. Buena parte de los consumidores habituales de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, sedantes y café requieren una

intervención breve, mientras que los consumidores habituales de anfetaminas, alucinógenos y opiáceos requieren tratamiento intensivo.

De acuerdo con Johnson et al., (2000), Westermeyer (2006) y Green et al., (2008), se han demostrado resultados negativos y peor calidad de vida general en esta muestra de pacientes con enfermedad mental grave y prolongada: inicio del consumo de sustancias a una edad joven, gravedad de síntomas psiquiátricos, recaídas, violencia y un mayor riesgo de suicidio. Sin embargo, los resultados no coinciden con estos autores en la falta de una vivienda digna y mayor riesgo de enfermedades como el VIH o hepatitis.

La mayoría de los pacientes padece un problema médico crónico que continua interfiriendo en su vida y recibe pensión por invalidez, de los cuales el 66,2% dicha pensión se debe a invalidez psiquiátrica. La gran mayoría (90,5%) no trabaja pese a poder combinarlo con su invalidez y más de una tercera parte reconoce tener deudas.

No se puede considerar el riesgo de enfermedades como el VIH o hepatitis dentro de esta muestra de pacientes. Por el contrario, se puede apreciar una alta tasa de ingresos hospitalarios (14) y tratamientos ambulatorios (19) a lo largo de la vida debido a problemas emocionales o psicológicos. Únicamente se ha encontrado relación entre el número de ingresos hospitalarios y la necesidad de tratamiento por abuso del alcohol y de opiáceos. Asimismo, el 38% de los pacientes ha realizado intentos de suicidio a lo largo de la vida.

Más de una tercera parte de los evaluados nunca ha abandonado el consumo y, aquellos que siguieron tratamiento para alcohol o drogas en Proyecto Hombre, Alcohólicos Anónimos o decidieron la abstinencia voluntaria, el tiempo total de abstinencia no ha superado los 5 años. Esto que indica una mayor posibilidad de recaídas en este grupo de pacientes.

La necesidad de intervención para el consumo de algunas sustancias se relaciona directamente con la percepción de gravedad en diversas áreas de la vida cotidiana. De esta forma, una mayor percepción de gravedad médica se relaciona con mayor necesidad de intervención en consumo de tabaco y una mayor necesidad de intervención en cannabis se relaciona con mayor percepción gravedad en el ámbito familiar, social y psicológico. Los pacientes evaluados sólo han mostrado especial preocupación por los

efectos secundarios asociados a las anfetaminas a nivel psicológico, mientras que la preocupación por los efectos secundarios asociados al consumo de sedantes se relaciona de manera inversa con el perfil de gravedad médico y psicológico. Esto explicaría por qué hay un elevado consumo de barbitúricos en este grupo de pacientes.

En relación a la situación legal, existe una tasa de criminalidad en esta muestra de pacientes del 24% relacionada delitos violentos, delitos contra la propiedad y alteración del orden.

Por último, la red social y número de amigos íntimos que muestran estos pacientes es muy escasa, destaca también que más de la mitad de los pacientes evaluados (57,1%) dice no estar satisfecho con la situación de su convivencia actual y un porcentaje importante de los sujetos pasa la mayor parte de su tiempo libre solo (47,6%). Estos pacientes de la Unidad de Agudos perciben que cuantos mayores son sus problemas médicos, mayores son también sus problemas legales, familiares, sociales y psicológicos.

6. CONCLUSIONES

Podemos concluir finalmente que la hipótesis de esta investigación se cumple: en esta muestra de pacientes con enfermedad mental grave existe un consumo significativamente elevado de psicoestimulantes, un número elevado de ingresos hospitalarios y una asociación significativa entre la enfermedad mental y el abuso de sustancias.

Basándonos en la hipótesis original de la automedicación de Khantzian (1997) y en el síndrome de la falta de recompensa (Nisell et al., 1995; Green et al., 1999; Chambers et al., 2001) los individuos con enfermedad mental grave evaluados en el presente trabajo consumen sustancias específicas con motivo de reducir los síntomas psiquiátricos, tanto positivos como negativos. Debido a ello, tienden en mayor medida al consumo de sustancias y, por lo tanto, poseen mayor riesgo de desarrollar un trastorno adictivo (Potvin et al., 2006). Los efectos biológicos primarios de las drogas en los individuos con enfermedad mental grave y prolongada suponen una mejoría transitoria del sistema de recompensa en el cerebro. Como consecuencia, los efectos del consumo de sustancias permiten a estas personas experimentar sentimientos de recompensa del entorno que la mayoría de la gente disfruta con facilidad cada día. Esto

explicaría la escasa percepción de gravedad médica relacionada con el cannabis y otras drogas y el riesgo de padecer efectos secundarios a su consumo en los pacientes del presente estudio.

El nivel de consumo de cannabis, tabaco, café, cocaína, etc es igualitario entre hombres y mujeres y los subgrupos diagnósticos, prolongándose a lo largo de la vida en gran mayoría de los pacientes. Por el contrario, el consumo de alcohol en grandes dosis y cocaína es significativamente mayoritario en hombres, y en el consumo de alcohol a lo largo de la vida es significativamente más extenso en el tiempo en el trastorno inducido por sustancias y el trastorno esquizotípico.

La gravedad de la sintomatología psicótica parece estar relacionada con el consumo de alcohol, heroína, anfetaminas, cannabis y tabaco en esta muestra de sujetos, existiendo mayor predominio de sintomatología psicótica positiva, frente a la negativa.

Gracias a la muestra de pacientes, el presente trabajo puede concluir que:

- El inicio del consumo de sustancias comienza en la adolescencia y principio de la edad adulta.
- Esta muestra de pacientes presenta gravedad de síntomas psiquiátricos, recaídas, violencia y una tasa elevada de intentos de suicidio a lo largo de la vida .
- Cuanto mayor son sus problemas médicos, mayores son también sus problemas legales, familiares, sociales y psicológicos.
- Pobres relaciones sociales.
- No presentan falta de vivienda digna.
- Tampoco presentan mayor riesgo de padecer enfermedades como el VIH o hepatitis asociado al consumo de sustancias.

No hay que olvidar las limitaciones que han surgido a lo largo de esta investigación. Por un lado, sería aconsejable replicar el estudio con una muestra que represente mejor a esta población, ya que con una mayor tamaño muestral se daría mayor firmeza a las conclusiones del presente trabajo. Por otro lado, la captación de sujetos ha sido compleja por diversas razones. En primer lugar, la Unidad de Agudos del Hospital Provincial de Zamora busca la rápida estabilización del paciente con el objetivo de que éste vuelva a su vida normalizada lo antes posible. Por este motivo, a

muchos sujetos se les concedía alta médica a los pocos días de su ingreso, lo que impidió evaluar a un mayor número de pacientes. En segundo lugar, la situación en la que se encontraban los pacientes era de riesgo psicopatológico grave y la colaboración para participar en esta investigación se vio dificultada por los síntomas propios de la enfermedad mental como suspicacia, hostilidad, apatía, etc. En tercer lugar, se debe destacar la complejidad de la escala EuropASI para este colectivo de pacientes, ya que es un instrumento de evaluación muy extenso y meticuloso en sus preguntas. Esto, junto con los síntomas psiquiátricos característicos de la enfermedad mental y los síntomas secundarios a la medicación, bastantes pacientes rehusaron contestar y abandonaron la entrevista.

El auge de la recuperación y rehabilitación psiquiátrica ha generado nuevos y extensos roles para los psicólogos en servicios sanitarios para personas con enfermedad mental grave. Sin embargo, la proporción de psicólogos trabajando en los servicios de salud hoy en día es sustancialmente inferior que en décadas pasadas y, además, los psicólogos están representados insuficientemente en el cuidado de personas con enfermedad mental grave en comparación con los psiquiatras, enfermeras y trabajadores sociales (Roe, Yanos y Lysaker, 2006). La práctica profesional ha estado centrada simplemente en el manejo de la psicopatología y sus síntomas, sin embargo la investigación ha demostrado que es posible una variedad más amplia de resultados, particularmente en individuos con esquizofrenia. Estos resultados incluyen la recuperación del funcionamiento a largo plazo, el desarrollo de amistades y vivir su vida satisfactoriamente en comunidad (Farkas, Gagne, Anthony y Chamberlin, 2005). Dada la evidencia de la efectividad de las intervenciones psicosociales para personas con enfermedad mental grave, es esencial que el estudio y la formación de los psicólogos continúe con la búsqueda y validación de prácticas clínicas (Reddy, Spaulding, Jansen, Menditto y Pickett, 2010). Los psicólogos pueden desempeñar diversos roles como investigadores, clínicos, líderes de equipos multidisciplinares y administradores para apoyar la expansión del servicio de salud mental orientado a la recuperación (Reddy, et al., 2010).

Echeburúa, Salaberría, de Corral y Cruz-Sáez (2012) proponen 4 competencias en base a la legislación vigente en España que muestran de forma clara y concisa cuáles son las competencias del Psicólogo General Sanitario, siendo la prevención terciaria la más adecuada para los pacientes con enfermedad mental grave y prolongada:

1) prevención primaria: desarrollo de programas dirigidos hacia la educación para la salud, detección de factores de riesgo y desarrollo de factores protectores;

2) prevención secundaria: prestación de apoyo e intervención psicológica ante el malestar emocional, previamente a que se desarrolle la enfermedad mental;

3) prevención terciaria: desarrollo de programas de rehabilitación, modificación de hábitos y/o prestar apoyo psicológico para aquellas personas que tienen problemas de salud, mejorando su calidad de vida y su bienestar emocional y

4) prevención cuaternaria: reducción o eliminación las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario, evitando la iatrogenia.

7. REFERENCIAS

- Adamson, S. J., & Sellman, J. D. (2003). A prototype screening instrument for cannabis use disorder: the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in an alcohol-dependent clinical sample. *Drug and alcohol review*, 22(3), 309-315. doi: 10.1080/0959523031000154454
- Barnett, J. H., Werners, U., Secher, S. M., Hill, K. E., Brazil, R., Masson, K. I. M., & Jones, P. B. (2007). Substance use in a population-based clinic sample of people with first-episode psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 190(6), 515-520. doi: 10.1192/bjp.bp.106.024448
- Batalla, A., Garcia-Rizo, C., Castellví, P., Fernandez-Egea, E., Yücel, M., Parellada, E., ... Bernardo, M. (2013). Screening for substance use disorders in first-episode psychosis: Implications for readmission. *Schizophrenia research*, 146(1), 125-131. doi: 10.1016/j.schres.2013.02.031
- Bizzarri, J.V., Rucci, P., Sbrana, A., Miniati, M., Raimondi, F., Ravani, L. & Gonnelli, C. (2009). Substance use in severe mental illness: self-medication and vulnerability factors. *Psychiatry research*, 165(1), 88-95. doi: 10.1016/j.psychres.2007.10.009
- Bobes, J., Bascarán, M. T., Bobes-Bascarán, M. T., Carballo, J. L., Díaz Mesa, E. M., Flórez, G. & Carreño, E. (2007). Valoración de la gravedad de la adicción: Aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos. *Monografía adicciones*.
- Bobes, J., González, M. P., Sáiz, P. A., & Bousoño, M. (1996). Índice europeo de severidad de la adicción: EuropASI. Versión española. *Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría, 1996*, 201-218.
- Chambers, R. A., Krystal, J. H. & Self, D. W. (2001). A neurobiological basis for substance abuse comorbidity in schizophrenia. *Biological psychiatry*, 50(2), 71-83. doi: 10.1016/S0006-3223(01)01134-9
- de las Drogas, O. E. (2016). Informe europeo sobre drogas. Tendencias y novedades, 2016.
- De Psiquiatría, A. A. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-DSM 5*. Médica Panamericana.

- DeRosse, P., Kaplan, A., Burdick, K. E., Lencz, T. & Malhotra, A. K. (2010). Cannabis use disorders in schizophrenia: effects on cognition and symptoms. *Schizophrenia research*, 120(1), 95-100. doi:10.1016/j.schres.2010.04.007
- Desmarais, S. L., Van Dorn, R. A., Sellers, B. G., Young, M. S., & Swartz, M. S. (2013). Accuracy of self-report, biological tests, collateral reports and clinician ratings in identifying substance use disorders among adults with schizophrenia. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(3), 774. doi: 10.1037/a0031256
- Dixon, L., Haas, G., Weiden, P.J., Sweeney, J. & Frances, A.J. (1991). Drug abuse in schizophrenic patients: clinical correlates and reasons for use. *American Journal of Psychiatry* 148(2), 224-230. doi: 10.1176/ajp.148.2.224
- Drake, R. E., McHugo, G. J., Xie, H., Fox, M., Packard, J., & Helmstetter, B. (2006). Ten-year recovery outcomes for clients with co-occurring schizophrenia and substance use disorders. *Schizophrenia bulletin*, 32(3), 464-473.
- Drake, R. E., Osher, F. C., Noordsy, D. L., Hurlbut, S. C., Teague, G. B. & Beaudett, M. S. (1990). Diagnosis of alcohol use disorders in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 16(1), 57.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P., & Cruz-Sáez, S. (2012). Funciones y ámbitos de actuación del psicólogo clínico y del psicólogo general sanitario: una primera reflexión. *Psicología conductual*, 20(2), 423.
- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., & Chamberlin, J. (2005). Implementing recovery oriented evidence based programs: Identifying the critical dimensions. *Community mental health journal*, 41(2), 141-158. doi: 10.1007/s10597-005-2649-6
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. (1997). *User's guide for the Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders SCID-I: clinician version*. American Psychiatric Pub.
- Gálvez, B. P., Fernández, L. G., de Vicente Manzanaro, M. P., Valenzuela, M. A. O., & Lafuente, M. L. (2010). Spanish Validation of the Drug Abuse Screening Test (DAST-20 y DAST-10)/Validación española del Drug Abuse Screening Test (DAST-20 y DAST-10). *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 10(1).
- Green, A. I., Noordsy, D. L., Brunette, M. F., & O'Keefe, C. (2008). Substance abuse and schizophrenia: pharmacotherapeutic intervention. *Journal of substance abuse treatment*, 34(1), 61-71. doi:10.1016/j.jsat.2007.01.008
- Green, A. I., Zimmet, S. V., Straus, R. D. & Schildkraut, J. J. (1999). Clozapine for comorbid substance use disorder and schizophrenia: do patients with schizophrenia have a reward-deficiency syndrome that can be ameliorated by clozapine?. *Harvard review of psychiatry*, 6(6), 287-296. doi:10.3109/10673229909017206.
- Gurpegui, M., Aguilar, M. C., Martínez-Ortega, J. M., Diaz, F. J. & de Leon, J. (2004). Caffeine intake in outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 30(4), 935. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.01.021

- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British journal of addiction*, 86(9), 1119-1127.
- Johnson, M. E., Brems, C. & Burke, S. (2002). Recognizing comorbidity among drug users in treatment. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 28(2), 243-261. doi:10.1081/ADA-120002973
- Kavanagh, D.J., McGrath, J., Saunders, J.B., Dore, G. & Clark, D. (2002). Substance misuse in patients with schizophrenia: epidemiology and management. *Drugs*, 62(5), 743-755. doi:10.2165/00003495-200262050-00003
- Kerner, B. (2015). Comorbid substance use disorders in schizophrenia: a latent class approach. *Psychiatry research*, 225(3), 395-401. doi: 10.1016/j.psychres.2014.12.006
- Khantzian, E.J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard review of psychiatry*, 4(5), 231-244. doi: 10.3109/10673229709030550
- Marquez-Arrico, J. E., Benaiges, I., & Adan, A. (2015). Strategies to cope with treatment in substance use disorder male patients with and without schizophrenia. *Psychiatry research*, 228(3), 752-759. doi: 10.1016/j.psychres.2015.05.028
- McHugo, G. J., Drake, R. E., Burton, H. L., & Ackerson, T. H. (1995). A scale for assessing the stage of substance abuse treatment in persons with severe mental illness. *The Journal of nervous and mental disease*, 183(12), 762-767.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., & O'Brien, C. P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: the Addiction Severity Index. *The Journal of nervous and mental disease*, 168(1), 26-33.
- Mesholam-Gately, R. I., Gibson, L. E., Seidman, L. J., & Green, A. I. (2014). Schizophrenia and co-occurring substance use disorder: reward, olfaction and clozapine. *Schizophrenia research*, 155(1), 45-51. doi: 10.1016/j.schres.2014.03.002
- Nielsen, S. M., Toftdahl, N. G., Nordentoft, M., & Hjorthøj, C. (2017). Association between alcohol, cannabis, and other illicit substance abuse and risk of developing schizophrenia: a nationwide population based register study. *Psychological Medicine*, 47(9), 1668-1677.. doi: 10.1017/S0033291717000162
- Nisell, M., Nomikos, G. G. & Svensson, T. H. (1995). Nicotine dependence, midbrain dopamine systems and psychiatric disorders. *Pharmacology & toxicology*, 76(3), 157-162. doi: 10.1111/j.1600-0773.1995.tb00123.x
- Nurnberger, J. I., Blehar, M. C., Kaufmann, C. A., York-Cooler, C., Simpson, S. G., Harkavy-Friedman, J. & Reich, T. (1994). Diagnostic interview for genetic studies: rationale, unique features, and training. *Archives of general psychiatry*, 51(11), 849-859.
- Peralta, V. & Cuesta, M. J. (1994). Psychometric properties of the positive and negative syndrome scale (PANSS) in schizophrenia. *Psychiatry research*, 53(1), 31-40.

- Picci, R. L., Versino, E., Oliva, F., Giaretto, R. M., Ostacoli, L., Trivelli, F. & Furlan, P. M. (2013). Does substance use disorder affect clinical expression in first-hospitalization patients with schizophrenia? Analysis of a prospective cohort. *Psychiatry research*, 210(3), 780-786. doi: 10.1016/j.psychres.2013.08.043
- Potvin, S., Pampoulova, T., Mancini-Marie, A., Lipp, O., Bouchard, R. H. & Stip, E. (2006). Increased extrapyramidal symptoms in patients with schizophrenia and a comorbid substance use disorder. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 77(6), 796-798. doi:10.1136/jnnp.2005.079228
- Reddy, F., Spaulding, W. D., Jansen, M. A., Menditto, A. A., & Pickett, S. (2010). Psychologists' roles and opportunities in rehabilitation and recovery for serious mental illness: A survey of Council of University Directors of Clinical Psychology (CUDCP) clinical psychology training and doctoral education. *Training and Education in Professional Psychology*, 4(4), 254. doi: 10.1037/a0021457
- Roe, D., Yanos, P. T., & Lysaker, P. H. (2006). Overcoming barriers to increase the contribution of clinical psychologists to work with persons with severe mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(4), 376-383. doi: 10.1111/j.1468-2850.2006.00051.x
- Rosenberg, S. D., Drake, R. E., Wolford, G. L., Mueser, K. T., Oxman, T. E., Vidaver, R. M. & Luckoor, R. (1998). Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument (DALI): A substance use disorder screen for people with severe mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 155(2), 232-238.
- Sbrana, A., Dell'Osso, L., Gonnelli, C., Impagnatiello, P., Doria, M. R., Spagnolli, S. & Grochocinski, V. J. (2003). Acceptability, validity and reliability of the Structured Clinical Interview for the Spectrum of Substance Use (SCI-SUBS): a pilot study. *International journal of methods in psychiatric research*, 12(2), 105-115. doi: 10.1002/mpr.147
- Scheller-Gilkey, G., Thomas, S. M., Woolwine, B. J., & Miller, A. H. (2002). Increased early life stress and depressive symptoms in patients with comorbid substance abuse and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28(2), 223. doi: 10.11.509.9575
- Schnell, T., Koethe, D., Daumann, J. & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2009). The role of cannabis in cognitive functioning of patients with schizophrenia. *Psychopharmacology*, 205(1), 45-52. doi:10.1007/s00213-009-1512-9
- Skinner, H. A. (1982). The drug abuse screening test. *Addictive behaviors*, 7(4), 363-371.
- Sobell, L. C., Sobell, M. B., Buchan, G., Cleland, P. A., Fedoroff, I., & Leo, G. I. (1996, November). The reliability of the Timeline Followback method applied to drug, cigarette, and cannabis use. In *30th Annual Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New York*.
- Spencer, C., Castle, D. & Michie, P. T. (2002). Motivations that maintain substance use among individuals with psychotic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 28(2), 233-247. doi: 10.1017/S0033291715000227
- Thornton, L. K., Baker, A. L., Johnson, M. P., Kay-Lambkin, F., & Lewin, T. J. (2012). Reasons for substance use among people with psychotic disorders: Method triangulation approach. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(2), 279. doi:10.1016/j.addbeh.2011.11.039

- Tsai, J., & Rosenheck, R. A. (2013). Psychiatric comorbidity among adults with schizophrenia: A latent class analysis. *Psychiatry Res*, 210(1), 16-20. doi: 10.1016/j.psychres.2013.05.013
- Valladolid, G. R., Martínez-Raga, J., Martínez-Gras, I., Alfaro, G. P., Bértolo, J. D. L. C., Barba, R. J., & Montejo, J. Z. (2014). Validation of the Spanish version of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). *Psicothema*, 26(2), 180-185. doi: 10.7334/psicothema2013.172
- Vanable, P. A., Carey, M. P., Carey, K. B., & Maisto, S. A. (2003). Smoking among psychiatric outpatients: relationship to substance use, diagnosis, and illness severity. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(4), 259. doi: 10.1037/0893-164X.17.4.259
- Vaucher, J., Keating, B. J., Lasserre, A. M., Gan, W., Lyall, D. M., Ward, J., ... Holmes, M. V. (2017). Cannabis use and risk of schizophrenia: a Mendelian randomization study. *Mol Psychiatry*. doi: 10.1038/mp.2016.252
- Ventura, J., Green, M. F., Shaner, A., & Liberman, R. P. (1993). Training and quality assurance with the Brief Psychiatric Rating Scale: "The drift busters.". *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. doi: 10.1017/S0033291712001006
- Volkow, N. D. (2009). Substance use disorders in schizophrenia—clinical implications of comorbidity. *Schizophr Bull*, 35(3), 469-472. doi: 10.1093/schbul/sbp016
- Westermeyer, J. (2006). Comorbid schizophrenia and substance abuse: a review of epidemiology and course. *American Journal on Addictions*, 15(5), 345-355. doi: 10.1080/10550490600860114

8. ANEXOS

Evaluación de los Comportamientos Adictivos en Personas con Enfermedad Mental Grave y Prolongada

Trabajo de Fin de Máster 2016/2017

8.1. ANEXO 1. CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS



Cuaderno de Recogida de Datos en la Evaluación de los Comportamientos Adictivos en Personas con Enfermedad Mental Grave y Prolongada

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

ALUMNA: MARÍA MARTÍN DOMÍNGUEZ

TUTOR: Dr. MANUEL ÁNGEL FRANCO MARTÍN

8.1.1. HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Lea este documento atentamente

El objetivo de este formulario es solicitar su colaboración para participar en un estudio, donde se quiere conocer los comportamientos adictivos en personas con enfermedad mental grave y prolongada.

Antes de decidir si quiere o no participar, es importante que conozca las características de esta investigación.

La persona que le está proporcionando este documento le comunicará de manera clara y detallada toda la información que necesite, por ello, podrá hacerle todas las preguntas que considere oportunas.

Puede tomarse el tiempo que considere necesario para leer esta información. Si decide colaborar, su participación será totalmente voluntaria. En cualquier momento puede decidir libremente retirarse del estudio, sin tener que dar ninguna explicación, y esto no afectará a su atención o sus derechos.

¿POR QUÉ SE LLEVA A CABO ESTE ESTUDIO?

La finalidad de esta investigación es comprender la relación que existe entre el consumo de sustancias y la enfermedad mental, de tal forma que nos permita conocer mejor cómo el uso/abuso de sustancias afecta al curso de los trastornos mentales y su sintomatología.

¿EN QUÉ CONSISTE EL ESTUDIO?

Durante el proceso de evaluación, se le pasarán cuestionarios donde usted deberá responder a una serie de preguntas relacionadas con su enfermedad. Estos cuestionarios se utilizan habitualmente en la evaluación de la enfermedad mental, por lo que no son pruebas experimentales ni novedosas. Posteriormente los resultados de estos cuestionarios serán incluidos en una base de datos y utilizados únicamente con fines de investigación.

¿EN QUÉ CONSISTIRÁ MI PARTICIPACIÓN?

Si acepta participar en el estudio, el psicólogo investigador le administrará una serie de cuestionarios para valorar su nivel de consumo, qué sustancias consume, y qué sintomatología psiquiátrica muestra. Su participación consistirá en una entrevista, que

tendrá una duración aproximada de 2 horas y se llevará a cabo en la Unidad de Agudos de Psiquiatría del Hospital Provincial de Zamora.

¿MI PARTICIPACIÓN SERÁ CONFIDENCIAL?

Sí. Todos los datos del estudio son estrictamente confidenciales y sólo tendrán acceso a ellos los investigadores y el personal autorizado para garantizar la calidad y el análisis de los datos, tal como obliga la Ley Orgánica 15/199 del 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

De conformidad con la normativa vigente en materia de protección de datos, usted consiente expresamente la inclusión de los datos de su historia clínica así como los resultantes de su participación en este estudio en un fichero de datos personales bajo la responsabilidad del psicólogo investigador.

Su nombre no aparecerá en ningún cuaderno de recogida de datos ni tampoco en la publicación del estudio. Los datos que se recojan se codificarán en una base de datos y se mantendrá su confidencialidad mediante la asignación de un código, de tal forma que sea imposible conocer su identidad.

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DE PARTICIPAR EN EL ESTUDIO?

La participación en el estudio no representa ningún beneficio directo para los participantes. Tampoco recibirá compensación económica por participar en este estudio.

¿SUPONE ALGUNA MOLESTIA PARA MÍ?

Este estudio no implica ninguna molestia para usted. La única molestia que debe considerar es el tiempo que deberá dedicar en la entrevista. Su participación es totalmente voluntaria y por ello, también puede decidir participar ahora y cambiar de opinión más tarde. Puede interrumpir la participación en cualquier momento.

¿CON QUIÉN DEBO PONERME EN CONTACTO PARA SOLICITAR MÁS INFORMACIÓN?

Si tiene alguna pregunta acerca del estudio contacte con el Dr. Manuel A. Franco y María Martín Domínguez.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

SI ESTÁ DE ACUERDO, POR FAVOR LEA Y FIRME LO SIGUIENTE:

Consentimiento para participar en el estudio:

- He leído esta información.
- Está escrita en un idioma que puedo leer y comprender.
- Me han explicado este estudio.
- Han contestado satisfactoriamente a todas mis preguntas sobre el estudio.
- Tras considerar esta información, accedo voluntariamente a participar en este estudio.

Recibiré una copia de esta Hoja de Información al Paciente y Consentimiento Informado firmado.

Nombre y Apellidos del paciente

Firma del paciente

Fecha

Nombre y Apellidos de la persona que obtiene el consentimiento

Firma de la persona que obtiene el consentimiento

Fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO (Copia investigador)

SI ESTÁ DE ACUERDO, POR FAVOR LEA Y FIRME LO SIGUIENTE:

Consentimiento para participar en el estudio:

- He leído esta información.
- Está escrita en un idioma que puedo leer y comprender.
- Me han explicado este estudio.
- Han contestado satisfactoriamente a todas mis preguntas sobre el estudio.
- Tras considerar esta información, accedo voluntariamente a participar en este estudio.

Recibiré una copia de esta Hoja de Información al Paciente y Consentimiento Informado firmado.

Nombre y Apellidos del paciente

Firma del paciente

Fecha

Nombre y Apellidos de la persona que obtiene el consentimiento

Firma de la persona que obtiene el consentimiento

Fecha

8.1.2. INDICE EUROPEO DE GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN (EuropASI)

INSTRUCCIONES	ESCALAS DE GRAVEDAD	SUMARIO DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL PACIENTE																																																																																																														
<p>1. Cumplimentar totalmente. Cuando sea preciso utilizar: X = pregunta no contestada N = pregunta no aplicable Use un solo carácter por ítem</p> <p>2. Las preguntas rodeadas por un círculo van dirigidas al estudio de seguimiento. Las preguntas con asterisco son acumulativas, y deberían ser reformuladas para el seguimiento</p> <p>3. Existe espacio al final de cada sección para realizar comentarios adicionales</p>	<p style="text-align: center;">ESCALAS DE GRAVEDAD</p> <p>Las escalas de gravedad miden estimaciones de necesidades de tratamiento en cada área. El rango de la escala oscila desde 0 (no necesita ningún tratamiento) hasta 9 (tratamiento necesario en situación de riesgo vital). Cada escala está basada en historia de síntomas problema, estado actual y valoración subjetiva de sus necesidades de tratamiento en cada área. Para una mejor calificación de la gravedad, consultar el manual</p>	<p style="text-align: center;">SUMARIO DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL PACIENTE</p> <p>0. Ninguna 1. Leve 2. Moderado 3. Considerable 4. Extrema</p>																																																																																																														
<p>A. Nº de identific. </p> <p>B. TIPO DE TRATAMIENTO: </p> <p>1. Desintoxicación ambulatoria 2. Desintoxicación hospitalaria 3. Tratamiento sustitutivo ambulatorio 4. Tratamiento libre de drogas ambulatorio 5. Tratamiento libre de drogas hospitalario 6. Centro de día 7. Hospital psiquiátrico 8. Otro hospital/servicio 9. Otro: 0. Sin tratamiento</p> <p>C. FECHA DE ADMISIÓN: </p> <p>D. FECHA DE LA ENTREVISTA: </p> <p>E. Hora de inicio: </p> <p>F. Hora de fin: </p> <p>G. TIPO: </p> <p>1. Ingreso 2. Seguimiento</p> <p>H. CÓDIGO DE CONTACTO: </p> <p>1. Personal 2. Telefónico</p> <p>I. SEXO: </p> <p>1. Varón 2. Mujer</p> <p>J. CÓDIGO DEL ENTREVISTADOR: </p> <p>K. ESPECIAL: </p> <p>1. Paciente finalizó la entrevista 2. Paciente rehusó 3. Paciente incapaz de responder</p>	<p style="text-align: center;">INFORMACIÓN GENERAL</p> <p>1. LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL: </p> <p>1. Ciudad grande (> 100.000) 2. Mediana (10-100.000) 3. Pequeña (rural) (< 10.000)</p> <p>2. CÓDIGO DE LA CIUDAD: </p> <p>3. Desde cuándo vive usted en esa dirección años meses</p> <p>4. Ese lugar de residencia, ¿es propiedad de usted o de su familia? </p> <p>0 = No 1 = Sí</p> <p>5. EDAD </p> <p>6. NACIONALIDAD </p> <p>7. PAÍS DE NACIMIENTO DEL: </p> <p>Entrevistado </p> <p>Padre </p> <p>Madre </p> <p>8. ¿Ha estado ingresado en el último mes en un centro de este tipo? </p> <p>1. No 2. Cárcel 3. Tratamiento de alcohol o drogas 4. Tratamiento médico 5. Tratamiento psiquiátrico 6. Únicamente desintoxicación 7. Otro:</p> <p>9. ¿Cuántos días? </p>	<p style="text-align: center;">RESULTADOS DE LOS TESTS ADICIONALES</p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p style="text-align: center;">PERFIL DE GRAVEDAD</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>PROBLEMAS</td><td>MÉDICO</td><td>EMPLEO/DEPORTES</td><td>ALCOHOL</td><td>DROGAS</td><td>LEGAL</td><td>FAMILIA/SOCIAL</td><td>PSICOLÓGICO</td><td></td></tr> </table>	9										8										7										6										5										4										3										2										1										0											PROBLEMAS	MÉDICO	EMPLEO/DEPORTES	ALCOHOL	DROGAS	LEGAL	FAMILIA/SOCIAL	PSICOLÓGICO	
9																																																																																																																
8																																																																																																																
7																																																																																																																
6																																																																																																																
5																																																																																																																
4																																																																																																																
3																																																																																																																
2																																																																																																																
1																																																																																																																
0																																																																																																																
	PROBLEMAS	MÉDICO	EMPLEO/DEPORTES	ALCOHOL	DROGAS	LEGAL	FAMILIA/SOCIAL	PSICOLÓGICO																																																																																																								

*Ítems opcionales.

SITUACIÓN MÉDICA		
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>1. ¿Cuántas veces en su vida ha estado hospitalizado por problemas médicos? (incluir sobredosis, <i>delirium tremens</i>, excluir desintoxicaciones) <input type="text"/></p> <p>2. ¿Hace cuánto tiempo estuvo hospitalizado por última vez por problemas médicos? <input type="text"/> años <input type="text"/> meses</p> <p>3. ¿Padece algún problema médico crónico que continúa interfiriendo en su vida? <input type="text"/></p> <p>0. No</p> <p>1. Sí: _____</p> <p>4. ¿Alguna vez ha estado infectado de hepatitis? <input type="text"/></p> <p>0. No</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No lo sé</p> <p>3. Rehúsa contestar</p> <p>5. ¿Alguna vez se ha realizado las pruebas del VIH? <input type="text"/></p> <p>0. No</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No lo sé</p> <p>3. Rehúsa contestar</p>	<p>6. En caso afirmativo, ¿hace cuántos meses? <input type="text"/></p> <p>7. ¿Cuál fue el último resultado del test? <input type="text"/></p> <p>0. VIH-negativo</p> <p>1. VIH-positivo</p> <p>2. No lo sé</p> <p>3. Rehúsa contestar</p> <p>8. ¿Está tomando alguna medicación prescrita de forma regular para un problema físico? <input type="text"/></p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>9. ¿Recibe alguna pensión por invalidez médica? (excluir invalidez psiquiátrica) <input type="text"/></p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>10. ¿Ha sido tratado por un médico por problemas médicos en los últimos 6 meses? <input type="text"/></p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>11. ¿Cuántos días ha tenido problemas médicos en el último mes? <input type="text"/></p> <p>PARA LAS PREGUNTAS 12 Y 13, POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN</p>	<p>12. ¿Cuánto le han molestado o preocupado estos problemas médicos en el último mes? <input type="text"/></p> <p>13. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el tratamiento de estos problemas médicos? <input type="text"/></p> <p>ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR</p> <p>14. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento médico? <input type="text"/></p> <p>PUNTUACIONES DE VALIDEZ</p> <p>La información anterior está significativamente distorsionada por:</p> <p>15. ¿Imagen distorsionada del paciente? <input type="text"/></p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>16. ¿La incapacidad para comprender del paciente? <input type="text"/></p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>Comentarios</p>
EMPLEO/SOPORTES		
<p>1. Años de educación básica: <input type="text"/></p> <p>2. Años de educación superior (Universidad/Técnicos): <input type="text"/></p> <p>3. Grado académico superior obtenido: <input type="text"/></p> <p>4. ¿Tiene carnet de conducir en vigor? <input type="text"/></p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>5. ¿Cuánto duró el período más largo de empleo regular? (ver el manual para definición) <input type="text"/> años <input type="text"/> meses</p> <p>6. ¿Cuánto duró el período más largo de desempleo? <input type="text"/> años <input type="text"/> meses</p> <p>7. Ocupación habitual (o última): <input type="text"/></p> <p>(especificar detalladamente)</p> <p>8. Patrón de empleo usual en los últimos 3 años <input type="text"/></p> <p>1. Tiempo completo</p> <p>2. Tiempo parcial (horario regular)</p> <p>3. Tiempo parcial (horario irregular, temporal)</p> <p>4. Estudiante</p> <p>5. Servicio militar</p> <p>6. Retirado/invalidez</p> <p>7. Desempleado (incluir ama de casa)</p> <p>8. En ambiente protegido</p>	<p>9. ¿Cuántos días trabajó durante el último mes? (excluir tráfico, prostitución u otras actividades ilegales) <input type="text"/></p> <p>¿Recibió dinero para su mantenimiento de alguna de las siguientes fuentes durante el último mes?</p> <p>10. ¿Empleo? <input type="text"/></p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>11. ¿Paro? <input type="text"/></p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>12. ¿Ayuda social? <input type="text"/></p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>13. ¿Pensión o seguridad social? <input type="text"/></p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>14. ¿Compañeros, familiares o amigos? <input type="text"/></p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>15. ¿Ilegal? <input type="text"/></p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>16. ¿Prostitución? <input type="text"/></p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>17. ¿Otras fuentes? <input type="text"/></p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>18. ¿Cuál es la principal fuente de ingresos que tiene? (utilice los códigos 10-17) <input type="text"/></p> <p>19. ¿Tiene deudas? <input type="text"/></p> <p>0. No</p> <p>1. Sí: _____ (cantidad)</p>	<p>20. ¿Cuántas personas dependen de usted para la mayoría de su alimento, alojamiento, etc.? <input type="text"/></p> <p>21. ¿Cuántos días ha tenido problemas de empleo/desempleo en el último mes? <input type="text"/></p> <p>PARA LAS PREGUNTAS 22 Y 23, POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN</p> <p>22. ¿Cuánto le han molestado o preocupado estos problemas de empleo en el último mes? <input type="text"/></p> <p>23. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el asesoramiento para estos problemas de empleo? <input type="text"/></p> <p>ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR</p> <p>24. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de asesoramiento para empleo? <input type="text"/></p> <p>PUNTUACIONES DE VALIDEZ</p> <p>La información anterior está significativamente distorsionada por:</p> <p>25. ¿Imagen distorsionada del paciente? <input type="text"/></p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>26. ¿La incapacidad para comprender del paciente? <input type="text"/></p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>Comentarios</p>

USO DE ALCOHOL Y DROGAS				
	Edad (inicio)	A lo largo de la vida	Último mes	Vía admón. ^a
1. Alcohol: cualquier dosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Alcohol: grandes cantidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Metadona/LAAM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Otros opiáceos/analgésicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Benzodiacepinas/barbitúricos/ sedantes/hipnóticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Anfetaminas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Alucinógenos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Inhalantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Más de 1 sustancia/día (ítems 2 a 12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Nota: consulte el manual para los ejemplos representativos de cada clase de drogas.
 "Vía de administración: 1 = oral;
 2 = nasal; 3 = fumada; 4 = inyección no IV;
 5 = inyección IV.*

14. ¿Alguna vez se ha inyectado? ☐
 0. No 1. Sí

14A. Edad en que se inyectó por primera vez (años). ☐
 Se inyectó:
 - A lo largo de la vida (años) ☐
 - En los últimos 6 meses (meses) ☐
 - En el último mes (días) ☐

14B. Si se inyectó en los últimos 6 meses: ☐
 1. No compartió jeringuilla
 2. Algunas veces compartió jeringuilla con otros
 3. A menudo compartió jeringuilla

15. ¿Cuántas veces ha tenido: ☐
 delirium tremens?
 sobredosis por drogas? ☐

16. Tipo de servicios y número de veces que ha recibido tratamiento

	Alcohol	Drogas
1. Desintoxicación ambulatoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desintoxicación residencial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tratamiento sustitutivo ambulatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tratamiento libre de drogas ambulatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tratamiento libre de drogas residencial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Centro de día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hospital psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Otro hospital/servicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Otro tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. ¿Cuántos meses duró el período más largo que estuvo abstinentes como consecuencia de uno de estos tratamientos?
 Alcohol (meses) ☐
 Drogas (meses) ☐

18. ¿Qué sustancia es el principal problema?
 Por favor, utilice los códigos anteriores: 00 = no problemas; 15 = alcohol y otras drogas (adicción doble); 16 = politoxicómano. Cuando tenga dudas, pregunte al paciente

19. ¿Cuánto tiempo duró el último período de abstinencia voluntaria de esta sustancia principal, sin que fuese como consecuencia de tratamiento? (meses) (00 = nunca abstinentes) ☐

20. ¿Hace cuántos meses que terminó esa abstinencia? (00 = todavía abstinentes) (meses) ☐

21. ¿Cuánto dinero diría usted que ha gastado en el último mes en: alcohol? (euros) _____
 drogas? (euros) _____

22. ¿Cuántos días ha estado recibiendo tratamiento ambulatorio para alcohol o drogas en el último mes? (Incluye grupos de autoayuda del tipo Alcohólicos Anónimos [AA], Narcóticos Anónimos [NA]) ☐

23. ¿Cuántos días en el último mes ha experimentado usted problemas relacionados con el alcohol? (días) ☐
 problemas con otras drogas? (días) ☐

PARA LAS PREGUNTAS 24 Y 25, POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN

24. ¿Cuánto le han molestado o preocupado en el último mes estos problemas relacionados con el alcohol? ☐
 problemas con otras drogas? ☐

25. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el tratamiento para estos problemas relacionados con el alcohol? ☐
 con otras drogas? ☐

ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR

26. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento para: abuso de alcohol? ☐
 abuso de otras drogas? ☐

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

27. ¿Imagen distorsionada del paciente? ☐
 0. No 1. Sí

28. ¿La incapacidad para comprender del paciente? ☐
 0. No 1. Sí

Comentarios

SITUACIÓN LEGAL																																																																																			
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>1. ¿Esta admisión ha sido promovida o sugerida por el Sistema Judicial? (juez, tutor de libertad condicional, etc.) 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. ¿Está en libertad condicional? 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuántas veces en su vida ha sido acusado de:</p> <p>3. Posesión y tráfico de drogas? <input type="checkbox"/></p> <p>4. Delitos contra la propiedad? (robos en domicilios, tiendas, fraudes, extorsión, falsificación de dinero, compra de objetos robados) <input type="checkbox"/></p> <p>5. Delitos violentos? (atracos, asaltos, incendios, violación, homicidio) <input type="checkbox"/></p> <p>6. Otros delitos? <input type="checkbox"/></p> <p>7. ¿Cuántos de esos cargos resultaron en condenas? <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuántas veces en su vida ha sido acusado de:</p> <p>8. Alteración del orden, vagabundeo, intoxicación pública? <input type="checkbox"/></p> <p>9. Prostitución? <input type="checkbox"/></p> <p>10. Conducir embriagado? <input type="checkbox"/></p> <p>11. Delitos de tráfico? (velocidad, conducir sin carnet, conducción peligrosa, etc.) <input type="checkbox"/></p>	<p>12. ¿Cuántos meses en su vida ha estado en la cárcel? (meses) <input type="checkbox"/></p> <p>13. ¿Cuánto tiempo duró su último periodo en la cárcel? (meses) <input type="checkbox"/></p> <p>14. ¿Cuál fue la causa? (use los códigos 03-06, 08-11. Si ha habido múltiples cargos codifique el más grave) <input type="checkbox"/></p> <p>15. En el momento actual, ¿está pendiente de cargos, juicio o sentencia? 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>16. ¿Por qué? (si hay múltiples cargos codifique el más grave) <input type="checkbox"/></p> <p>17. ¿Cuántos días en el último mes ha estado detenido o encarcelado? (días) <input type="checkbox"/></p> <p>18. ¿Cuántos días en el último mes ha realizado actividades ilegales para su beneficio? (días) <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">PARA LAS PREGUNTAS 19 Y 20, POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN</p> <p>19. ¿Cómo de serios piensa que son sus problemas legales actuales? (excluir problemas civiles) <input type="checkbox"/></p>	<p>20. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el asesoramiento para esos problemas legales? <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR</p> <p>21. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de servicios legales o asesoramiento? <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">PUNTUACIONES DE VALIDEZ</p> <p>La información anterior está significativamente distorsionada por:</p> <p>22. ¿Imagen distorsionada del paciente? 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>23. ¿La incapacidad para comprender del paciente? 0. No 1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Comentarios</p>																																																																																	
HISTORIA FAMILIAR																																																																																			
<p>¿Alguno de sus familiares ha tenido lo que usted llamaría un problema importante de alcoholismo, abuso de otras drogas o psiquiátrico, que le llevó o hubiera debido llevarle a recibir tratamiento?</p>																																																																																			
Rama materna	Rama paterna	Hermanos																																																																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Alcohol</th> <th style="text-align: center;">Drogas</th> <th style="text-align: center;">Psq</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Abuela</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Abuelo</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Madre</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Tía</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Tío</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Otro impte.</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		Alcohol	Drogas	Psq	Abuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro impte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Alcohol</th> <th style="text-align: center;">Drogas</th> <th style="text-align: center;">Psq</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Abuela</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Abuelo</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Padre</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Tía</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Tío</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Otro impte.</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		Alcohol	Drogas	Psq	Abuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro impte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Alcohol</th> <th style="text-align: center;">Drogas</th> <th style="text-align: center;">Psq</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Hermano 1</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Hermano 2</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Hermana 1</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Hermana 2</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Hermanastro</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>			Alcohol	Drogas	Psq	Hermano 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hermano 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hermana 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hermana 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hermanastro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alcohol	Drogas	Psq																																																																																
Abuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
Abuelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
Tía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
Tío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
Otro impte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
	Alcohol	Drogas	Psq																																																																																
Abuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
Abuelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
Tía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
Tío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
Otro impte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
	Alcohol	Drogas	Psq																																																																																
Hermano 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
Hermano 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
Hermana 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
Hermana 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
Hermanastro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
<p>Instrucciones: Ponga un «0» en la categoría familiar cuando la respuesta sea claramente no para todos los familiares de la categoría, «1» cuando la respuesta es claramente si para algún familiar dentro de esa categoría, «X» cuando la respuesta no esté del todo clara o sea no sé, y «N» cuando nunca haya existido un familiar en dicha categoría. En caso de que existan más de 2 hermanos por categoría, codifique los más problemáticos.</p>																																																																																			

RELACIONES FAMILIARES/SOCIALES

--	--	--	--	--	--

1. Estado civil: ☐
- Casado
 - Casado en segundas nupcias
 - Viudo
 - Separado
 - Divorciado
 - Soltero

2. ¿Cuánto tiempo hace que tiene este estado civil? años meses

3. ¿Está satisfecho con esa situación? ☐
- No
 - Indiferente
 - Sí

4. Convivencia habitual (en los últimos 3 años) ☐
- Pareja e hijos
 - Pareja
 - Hijos
 - Padres
 - Familia
 - Amigos
 - Solo
 - Medio protegido
 - No estable

5. ¿Cuánto tiempo ha vivido en esa situación? años meses

(Si es con padres o familia contar a partir de los 18 años)

6. ¿Está satisfecho con esa convivencia? ☐
- No
 - Indiferente
 - Sí

- ¿Vive con alguien que:
- No
 - Sí

- 6A. Actualmente tiene problemas relacionados con el alcohol? ☐

- 6B. Usa drogas psicoactivas? ☐

7. ¿Con quién pasa la mayor parte de su tiempo libre? ☐

- Familia, sin problemas actuales de alcohol o drogas
- Familia, con problemas actuales de alcohol o drogas
- Amigos, sin problemas actuales de alcohol o drogas
- Amigos, con problemas actuales de alcohol o drogas

8. ¿Está satisfecho con la forma en que utiliza su tiempo libre? ☐
- No
 - Indiferente
 - Sí

9. ¿Cuántos amigos íntimos tiene? ☐

Instrucciones para 9A a 18: Ponga un «0» en la categoría familiar cuando la respuesta sea claramente no para todos los familiares de la categoría, «1» cuando la respuesta es claramente sí para algún familiar dentro de esa categoría, «X» cuando la respuesta no esté del todo clara o sea «no sé» y «N» cuando nunca haya existido un familiar en dicha categoría.

- 9A. ¿Diría usted que ha tenido relaciones próximas, duraderas, personales con alguna de las siguientes personas en su vida?

Madre

Padre

Hermanos/hermanas

Pareja sexual/esposo

Hijos

Amigos

- ¿Ha tenido períodos en que ha experimentado problemas serios con:
- No
 - Sí

10. Madre?

11. Padre?

12. Hermanos/hermanas?

13. Pareja sexual/esposo?

14. Hijos?

15. Otro familiar?

16. Amigos íntimos?

17. Vecinos?

18. Compañeros de trabajo?

- ¿Alguna de estas personas (10-18) ha abusado de usted?
- No
 - Sí

0. No 1. Sí

18A. Emocionalmente? (insultándole, etc.)

18B. Fisicamente? (produciéndole daños físicos)

18C. Sexualmente? (forzándole a mantener relaciones sexuales)

19. ¿Cuántos días en el último mes ha tenido problemas serios

A. Con su familia? ☐

B. Con otra gente? ☐
(excluir familia)

PARA LAS PREGUNTAS 20 Y 23, POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN

¿Cuánto le han molestado o preocupado en el último mes sus

20. Problemas familiares? ☐

21. Problemas sociales? ☐

¿Qué importancia tiene ahora para usted el asesoramiento para esos:

22. Problemas familiares? ☐

23. Problemas legales? ☐

ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR

24. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de asesoramiento familiar y/o social? ☐

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

25. ¿Imagen distorsionada del paciente? ☐

0. No 1. Sí

26. ¿La incapacidad para comprender del paciente? ☐

0. No 1. Sí

Comentarios

--	--	--	--	--	--

ESTADO PSIQUIÁTRICO

- ①* ¿Cuántas veces ha recibido tratamiento por problemas psicológicos o emocionales?

Tratamiento hospitalario: ☐ ☐ ☐ ☐

Tratamiento ambulatorio: ☐ ☐ ☐ ☐

- ② ¿Recibe una pensión por incapacidad psíquica? ☐
0. No 1. Sí

¿Ha pasado un período de tiempo significativo (no directamente debido al uso de alcohol o drogas) en el cual usted (consulte el manual para definiciones):

0. No 1. Sí

Último mes A lo largo de la vida

3. Experimentó depresión severa? ☐ ☐

4. Experimentó ansiedad o tensión severa? ☐ ☐

5. Experimentó problemas para comprender, concentrarse o recordar? ☐ ☐

6. Experimentó alucinaciones? ☐ ☐

7. Experimentó problemas para controlar conductas violentas? ☐ ☐

8. Recibía medicación prescrita por problemas emocionales o psicológicos? ☐ ☐

9. Experimentó ideación suicida severa? ☐ ☐

10. Realizó intentos suicidas? ☐ ☐

⑩A* ¿Cuántas veces intentó suicidarse? ☐ ☐

⑪ ¿Cuántos días en el último mes ha

PARA LAS PREGUNTAS 12 Y 13,
POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE
QUE UTILICE LA ESCALA
DE AUTOEVALUACIÓN

⑫ ¿Cuánto le han preocupado o molestado en el último mes estos problemas psicológicos o emocionales? ☐

⑬ ¿Qué importancia tiene ahora para usted el tratamiento para esos problemas psicológicos? ☐

LOS SIGUIENTES ÍTEMS
HAN DE SER CUMPLIMENTADOS
POR EL ENTREVISTADOR

Durante la entrevista, el paciente se presentaba:
0. No 1. Sí

⑭ Francamente deprimido/ retraído ☐

⑮ Francamente hostil ☐

⑯ Francamente ansioso/ nervioso ☐

⑰ Con problemas para interpretar la realidad, trastornos del pensamiento, ideación paranoide ☐

⑱ Con problemas de comprensión, concentración o recuerdo ☐

⑲ Con ideación suicida ☐

ESCALA DE GRAVEDAD
PARA EL ENTREVISTADOR

⑳ ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento psiquiátrico/psicológico?

PUNTUACIONES DE VAL

La información anterior está significativamente distorsionada por:

㉑ ¿Imagen distorsionada del paciente?
0. No 1. Sí

㉒ ¿La incapacidad para comprender del paciente?
0. No 1. Sí

Comentarios

8.1.3. ESCALA BREVE DE CALIFICACIÓN PSIQUIÁTRICA (BPRS)

INSTRUCCIONES: Los ítems marcados con un asterisco (*) —Ítems 3, 4, 6, 7, 13, 14, 16, 17 y 18— deberán calificarse principalmente en función de las **observaciones** realizadas durante la entrevista. Los ítems restantes deberán calificarse principalmente en función de la información **referida por el sujeto** relativa a la semana pasada.

1.- PREOCUPACIÓN SOMÁTICA: Grado de preocupación sobre la salud corporal actual. Calificar el grado al cual el paciente percibe problemas de salud física, reales o no. No califique el relato de los síntomas somáticos sino sólo la inquietud por estos problemas (reales o imaginados). Calificar los datos que relata el paciente (subjetivos) referidos a la semana previa.

1. No informado
2. Muy leve: en ocasiones le preocupa su cuerpo, síntomas o la enfermedad física
3. Leve: preocupación moderada en ocasiones o ligera con frecuencia
4. Moderada: preocupación intensa en ocasiones o moderada a menudo
5. Moderada grave: con frecuencia muy preocupado
6. Grave: muy preocupado la mayor parte del tiempo
7. Muy grave: muy preocupado casi todo el tiempo
0. No puede evaluarse debido a trastorno formal grave del pensamiento, falta de cooperación o evasividad/defensa acentuada; o No se evalúa

2.- ANSIEDAD: Inquietud, miedo o preocupación excesiva por el presente o futuro. Calificar sólo en base al relato verbal de la experiencia subjetiva del paciente durante la última semana. No inferir ansiedad a partir de signos físicos o mecanismos de defensa neuróticos. No calificar si la inquietud se restringe al campo somático.

1. No informado
2. Muy leve: en ocasiones se siente un poco ansioso
3. Leve: ansiedad moderada en ocasiones o ligera con frecuencia
4. Moderada: ansiedad intensa en ocasiones o moderada con frecuencia
5. Moderada grave: ansiedad intensa frecuente
6. Grave: ansiedad intensa la mayor parte del tiempo
7. Muy grave: ansiedad intensa casi permanente
0. No puede evaluarse debido a trastorno formal grave del pensamiento, falta de cooperación o evasividad/defensa acentuada; o No se evalúa.

3.- AISLAMIENTO EMOCIONAL: Problemas para relacionarse con el entrevistador y con la situación. Los signos manifiestos de esta deficiencia consisten en contacto visual pobre/ausente, incapacidad para orientar su cuerpo hacia el entrevistador y falta general de compromiso o participación en la entrevista. Diferenciar de **AFFECTO APLANADO**, en el que se califican los déficits de la expresión facial, gestos y patrón de la voz. Calificar sobre la base de las observaciones durante la entrevista.

1. No observado
2. Muy leve: en ocasiones mantiene poco contacto visual
3. Leve: igual que el anterior, pero más frecuente
4. Moderado: poco contacto visual, pero parece comprometido en la entrevista y responde en forma apropiada a todas las preguntas
5. Moderado grave: mira el suelo o se orienta lejos del entrevistador, pero con un compromiso moderado
6. Grave: igual que el anterior, pero más persistente
7. Muy grave: aspecto “distanciado” o “fuera” (ausencia total de implicación emocional), con una falta de compromiso notoria con la entrevista (NO CALIFICAR SI SE DEBE A DESORIENTACIÓN)
0. No evaluado

4.- DESORGANIZACION CONCEPTUAL: Grado de incomprensibilidad del discurso. Incluye todo tipo de trastorno formal del pensamiento (por ej., asociaciones inconexas, incoherencia, fuga de ideas, neologismos). NO incluya circunstancialidad o discurso apresurado, aun cuando estas características sean acentuadas. NO califique sobre la base de las impresiones subjetivas del paciente (por ej.: mis pensamientos están acelerados. No puedo mantener una idea, 'Mis Ideas están mezcladas'). Calificar SÓLO sobre la base de las observaciones durante la entrevista.

1. No observado
2. Muy leve: cierto grado de vaguedad, pero de dudosa relevancia clínica
3. Leve: vaguedad frecuente, pero la entrevista puede progresar en forma lenta; falta de conexión ocasional de las asociaciones
4. Moderada: declaraciones irrelevantes en ocasiones, uso infrecuente de neologismos o falta de conexión moderada de las asociaciones
5. Moderada grave: igual que el anterior, pero más frecuente
6. Grave: trastorno formal del pensamiento durante la mayor parte de la entrevista, que transcurre de manera muy forzada
7. Muy grave: se obtiene muy poca información coherente
0. No evaluado

5.- SENTIMIENTOS DE CULPABILIDAD: Preocupación excesiva o remordimientos por conductas del pasado. Calificar sobre la base de las experiencias subjetivas de culpabilidad descritas por el paciente relativas a la semana anterior. No inferir esos sentimientos a partir de depresión, ansiedad o defensas neuróticas.

1. No informado
2. Muy leve: culpabilidad ligera en ocasiones
3. Leve: culpabilidad moderada en ocasiones o se siente algo culpable con frecuencia
4. Moderada: siente culpa intensa en ocasiones o moderada con frecuencia
5. Moderada grave: se siente muy culpable con frecuencia
6. Grave: culpa intensa la mayor parte del tiempo o delirio de culpa encerrado
7. Muy grave: sufre sentimientos de culpa constantes o delirios de culpa persistentes
0. No puede evaluarse debido a trastorno formal grave del pensamiento, falta de cooperación o evasividad/defensa acentuada; o No se evalúa.

6.- TENSIÓN: Calificar inquietud motora (agitación) observada durante la entrevista. NO calificar sobre la base de las experiencias subjetivas que relata el paciente. No considere supuesta patología (por ej.: discinesia tardía)

1. No observado
2. Muy leve: inquieto en ocasiones
3. Leve: inquieto con frecuencia
4. Moderada: inquieto en forma permanente o a menudo está inquieto, se retuerce las manos y se tira de la ropa
5. Moderada grave: se mueve, se retuerce las manos y se tira de la ropa en forma permanente
6. Grave: no puede permanecer sentado (va de un lado a otro)
7. Muy grave: deambula de manera frenética
0. No evaluado

7.- MANERISMO Y POSTURAS CORPORALES EXTRAÑAS: Conducta motora poco habitual y que no es natural. Calificar sólo la anomalía de los movimientos. No calificar aumento simple de la actividad motora en este apartado. Considerar frecuencia, duración y grado de los movimientos extraños. No considere patología.

1. No observado
2. Muy leve: conducta extraña pero de relevancia clínica dudosa, por ejemplo, en ocasiones risa inmotivada, movimientos infrecuentes de los labios
3. Leve: conductas extrañas pero que no son extravagantes, por ejemplo, en pocas ocasiones inclinar la cabeza (de un lado a otro) de manera rítmica, movimientos anormales intermitentes de los dedos
4. Moderada: adopta una posición poco natural durante un lapso breve, con poca frecuencia saca la lengua, se balancea, hace muecas faciales
5. Moderada grave: adopta y mantiene una posición corporal incómoda durante la entrevista, movimientos poco habituales en varias áreas del cuerpo
6. Grave: igual que el anterior, pero más frecuente, intenso o persistente

7. Muy grave: posturas corporales grotescas durante la mayor parte de la entrevista, movimientos anormales continuos en varias áreas corporales
0. No evaluado

8. GRANDEZA: Autoestima (autoconfianza) elevada o valoración excesiva de sus talentos, poderes, aptitudes, éxitos, conocimientos, importancia o identidad. No calificar la cualidad de grandiosidad de las declaraciones del paciente (por ej., “Soy el peor pecador del mundo”. “Todo el país intenta matarme”) a menos que los sentimientos de culpa/persecución se relacionen con ciertos atributos especiales o exagerados del sujeto. Además, es el paciente quien debe declarar sus atributos especiales: por ejemplo, si el paciente niega poseer talentos, poderes, etc, aun cuando declare que otros indican que los posee, esto no debe calificarse. Calificar sobre la base del relato subjetivo del paciente en la semana anterior.

1. No informado
2. Muy leve: autoestima superior a la mayoría de las personas, pero con dudosa relevancia clínica
3. Leve: autoestima inflada definida o exagera talentos en forma algo desproporcionada con las circunstancias
4. Moderada: autoestima inflada claramente desproporcionada con las circunstancias o sospecha de delirio de grandeza
5. Moderada grave: delirio de grandeza encapsulado único (definido) o fragmentario múltiple (definido)
6. Grave: idea delirante/sistema delirante de grandeza único (definido) o múltiples ideas delirantes de grandeza (definidas) fragmentarias en las que el paciente parece estar absorto
7. Muy grave: igual que el anterior, pero casi toda la conversación se dirige al delirio de grandeza
0. No puede evaluarse debido a trastorno formal grave del pensamiento, falta de cooperación o evasividad/defensa acentuada; o No se evalúa

9.- ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO: Informe subjetivo de sentimientos de tristeza, depresión, “ideas negras”, etc. Calificar sólo el grado de depresión informado. No calificar sobre la base de inferencias de depresión debidas a retraso general y quejas somáticas. Calificar sobre la base de la información (subjetiva) relativa a la semana anterior.

1. No informado
2. Muy leve: en algunas ocasiones se siente algo deprimido
3. Leve: depresión moderada en algunas ocasiones o ligera con frecuencia
4. Moderada: en algunas ocasiones se siente muy deprimido o a menudo con depresión moderada
5. Moderada grave: se siente muy deprimido con frecuencia
6. Grave: se siente muy deprimido la mayor parte del tiempo
7. Muy grave: se siente muy deprimido casi todo el tiempo
0. No puede evaluarse debido a trastorno formal grave del pensamiento, falta de cooperación o evasividad/defensa acentuada; o No se evalúa

10.- HOSTILIDAD: Animosidad, desdén, beligerancia, desprecio hacia las otras personas fuera de la situación de entrevista. Calificar sólo sobre la base del informe verbal de sentimientos y acciones del paciente hacia otros durante la semana anterior. No inferir hostilidad a partir de defensas neuróticas, ansiedad o quejas somáticas.

1. No informado
2. Muy leve: se siente irascible en algunas ocasiones
3. Leve: se siente algo irascible con frecuencia o en forma moderada en algunas ocasiones
4. Moderada: en algunas ocasiones se siente muy irascible o en forma moderada con frecuencia
5. Moderada grave: se encuentra muy irritable con frecuencia
6. Grave: su ira pasó a la acción con violencia verbal o física en una o dos ocasiones
7. Muy grave: actuaciones coléricas en varias ocasiones
0. No puede evaluarse debido a trastorno formal grave del pensamiento, falta de cooperación o evasividad/defensa acentuada; o No se evalúa

11.- SUSPICACIA: Creencia (delirante o de otro tipo) de que otros tienen o tuvieron intenciones maliciosas o discriminatorias hacia el sujeto. Sobre la base del informe verbal, calificar sólo las sospechas actuales del paciente, tanto referidas al pasado como al presente. Calificar sobre la base de la información (subjetiva) de la semana anterior.

1. No informado
2. Muy leve: episodios raros de desconfianza que pueden o no estar justificados por la situación
3. Leve: episodios ocasionales de desconfianza evidentemente injustificados
4. Moderada: suspicacia más frecuente o ideas de referencia transitorias
5. Moderada grave: suspicacia persistente, ideas de referencia frecuentes o delirio encapsulado
6. Grave: delirios de referencia definidos o persecución que no son totalmente persistentes (por ej., delirio encapsulado)
7. Muy grave: igual que el anterior, pero más difundido, frecuente o intenso
0. No puede evaluarse debido a trastorno formal grave del pensamiento, falta de cooperación o evasividad/defensa acentuada; o No se evalúa.

12.- CONDUCTA ALUCINATORIA: Percepciones (de cualquier modalidad sensorial) en ausencia de estímulo externo identificable. Calificar sólo la: experimentadas durante la semana anterior. NO calificar “voces en mi cabeza” o “visiones en mi mente” a menos que el paciente pueda diferenciar estas experiencias de sus pensamientos.

1. No informado
2. Muy leve: sólo sospecha de alucinaciones
3. Leve: alucinaciones definidas pero insignificantes. infrecuentes o transitorias (por ej., alucinaciones visuales sin forma en algunas ocasiones, una voz que nombra al paciente)
4. Moderada: igual que el anterior, pero más frecuente o extenso (por ej., a menudo ve la cara del demonio, dos voces que mantienen largas conversaciones)
5. Moderada grave: el paciente experimenta alucinaciones casi todos los días o le provocan un sufrimiento extremo
6. Grave: igual que el anterior, pero con moderado impacto sobre la conducta del paciente (por ej., dificultades para concentrarse que deterioran el rendimiento laboral)
7. Muy grave: similar al anterior, pero produce impacto grave (por ej., intentos de suicidio en respuesta a alucinaciones de mandato)
0. No puede evaluarse debido a trastorno formal grave del pensamiento, falta de cooperación o evasividad/defensa acentuada; o No se evalúa

13.- RETRASO MOTOR: Reducción del nivel de energía evidenciado por movimientos más lentos. Calificar sólo sobre la base de las conductas observadas. No considerar la impresión subjetiva del paciente sobre su nivel de energía.

1. No observado
2. Muy leve y de dudosa relevancia clínica
3. Leve: ligero retraso en la conversación, movimientos algo lentos
4. Moderada: conversación con notorio retraso pero no forzada
5. Moderada grave: conversación forzada, movimientos muy lentos
6. Grave: dificultad para mantener la conversación, casi sin movimientos
7. Muy grave: es imposible entablar conversación, el paciente no tiene movimientos durante la Entrevista
0. No evaluado

14.- NO COOPERATIVO: Evidencia de resistencia, hostilidad, resentimiento y falta de disposición a cooperar con el entrevistador. Calificar sólo sobre la base de las actitudes del paciente frente a la entrevista y sus respuestas al entrevistador. No considerar datos de resentimiento o falta de cooperación fuera de la entrevista.

1. No observado
2. Muy leve: no parece estar motivado
3. Leve: evasivo en ciertos temas
4. Moderada: monosilábico, falta de elaboración espontánea, algo hostil
5. Moderada grave: expresa resentimiento y se muestra hostil durante la entrevista
6. Grave: se rehusa a contestar numerosas preguntas
7. Muy grave: se rehusa a contestar casi todas las preguntas
0. No evaluado

15.- CONTENIDO INUSUAL DEL PENSAMIENTO: Gravedad de ideas delirantes de cualquier tipo - considerar convicción y efecto sobre las acciones. Suponer que la convicción es completa si el paciente ha procedido de acuerdo con sus creencias. Calificar la información subjetiva relativa a la semana anterior.

1. No informado
2. Muy leve: presunción o probabilidad de delirio
3. Leve: en algunas oportunidades el paciente cuestiona su creencia(s) (delirio parcial)
4. Moderada: convicción delirante plena, pero con poca o ninguna influencia sobre el comportamiento
5. Moderada grave: convicción delirante plena, pero sólo con impacto ocasional sobre el comportamiento
6. Grave: la idea(s) delirante(s) produce un efecto significativo, por ejemplo, abandona responsabilidades por estar preocupado con la creencia de que es Dios
7. Muy grave: la(s) idea(s) delirante(s) produce un impacto importante, por ejemplo, deja de alimentarse porque cree que la comida está envenenada
8. No puede evaluarse debido a trastorno formal grave del pensamiento, falta de cooperación o evasividad/defensa acentuada; o No se evalúa

16.- AFECTO APLANADO: Respuesta afectiva disminuida, caracterizada por déficit de la expresión facial, gestos y patrón de voz. Diferenciar de AISLAMIENTO EMOCIONAL, que se centra en el deterioro de las relaciones interpersonales y no en la afectividad, Considerar grado y consistencia del deterioro. Calificar de acuerdo con las observaciones realizadas durante la entrevista.

1. No observado
2. Muy leve: en ocasiones parece indiferente a temas que suelen acompañarse por alguna demostración emocional
3. Leve: expresión facial algo disminuida o entonación algo monótona o gestos algo restringidos
4. Moderada: similar al anterior, pero más intenso, prolongado o frecuente
5. Moderada grave: aplanamiento del afecto, con al menos dos de tres características: ausencia grave de expresión facial, voz monótona o gestos corporales restringidos
6. Grave: aplanamiento afectivo profundo
7. Muy grave: voz totalmente monótona y ausencia total de gesticulación expresiva durante la Evaluación
8. No evaluado

17.- EXCITACION: Tono emocional incrementado, con irritabilidad y expansividad (afecto hipomaniaco). No inferir afectividad a partir de delirio de grandeza. Calificar de acuerdo con las observaciones realizadas durante la entrevista.

1. No observado
2. Muy leve y de dudosa relevancia clínica
3. Leve: en algunas oportunidades irritable o expansivo
4. Moderada: irritable o expansivo con frecuencia
5. Moderada grave: irritable o expansivo en forma constante; o en algunas oportunidades colérico o eufórico.
6. Grave: colérico o eufórico durante la mayor parte de la entrevista
7. Muy grave: similar al anterior pero con una intensidad que obliga a suspender la entrevista
8. No evaluado

18.- DESORIENTACION: Confusión o falta de orientación correcta en cuanto a persona, tiempo o espacio. Calificar de acuerdo con las observaciones realizadas durante la entrevista.

1. No observado
2. Muy leve parece algo confundido
3. Leve: contesta que estamos en 1982 cuando en realidad es 1983
4. Moderada: contesta 1978
5. Moderada grave: el paciente está inseguro sobre dónde se encuentra
6. Grave: no tiene idea sobre dónde se encuentra
7. Muy grave: no sabe dónde se encuentra
8. No puede evaluarse debido a trastorno formal grave del pensamiento, falta de cooperación o evasividad/defensa acentuada; o No se evalúa

	0	1	2	3	4	5	6	7
1 Preocupaciones somáticas								
2 Ansiedad								
3 Retraimiento emocional								
4 Desorganización conceptual								
5 Sentimientos de culpabilidad								
6 Tensión								
7 Manierismos y posturas								
8 Grandiosidad								
9 Humor depresivo								
10 Hostilidad								
11 Susplicacia								
12 Alucinaciones								
13 Enlentecimiento psicomotor								
14 Falta de colaboración								
15 contenidos del pensamiento inusuales								
16 Afectividad embotada								
17 Agitación psicomotora								
18 Desorientación								
Puntuación Total								
Puntuación Síntomas + (4, 11, 12, 15)								
Puntuación Síntomas – (3, 13, 16, 18)								

8.1.4. Entrevista Clínica Estructurada para DSM-IV (SCID-I)

ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUCTURADA
PARA LOS TRASTORNOS DEL EJE I DEL DSM-IV®

SCID-I

VERSIÓN CLÍNICA

Cuaderno de puntuaciones

Michael B. First, M.D.
Robert L. Spitzer, M.D.
Miriam Gibbon, M.S.W.
Janet B. W. Williams, D.S.W.

Biometrics Research Department,
New York State Psychiatric Institute,
Department of Psychiatry,
Columbia University,
New York, New York

Nombre del paciente: _____

Número de registro: _____

Clínico: _____

Fecha de la evaluación: _____

Fuentes de información
(marque lo que corresponda):

- ☐ Paciente
- ☐ Familia/amigos/colegas
- ☐ Profesional de la salud
- ☐ Registros médicos

SCID-VC Cuaderno de puntuaciones

Resumen de diagnósticos 1

RESUMEN DE DIAGNÓSTICOS DE LA SCID-VC

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Prevalencia a lo largo de la vida		
Actual		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno bipolar (D4, pág. 36)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F31.0 Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaniaco
		F31.x Trastorno bipolar I, episodio más reciente maniaco
		Codificar el estado actual del episodio maniaco en el cuarto dígito:
		— 1 = Leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos
		— 2 = Grave con síntomas psicóticos
		— 7 = En remisión parcial o total
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F30.x Trastorno bipolar I, episodio maniaco único
		Especificar si: Mixto
		Codificar el estado actual del episodio maniaco en el cuarto dígito:
		— 1 = Leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos
		— 2 = Grave con síntomas psicóticos
		— 8 = En remisión parcial o total
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F31.6 Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F31.x Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo
		Codificar el estado actual del episodio maniaco en el cuarto dígito:
		— 3 = Leve o moderado
		— 4 = Grave sin síntomas psicóticos
		— 5 = Grave con síntomas psicóticos
		— 7 = En remisión parcial o total
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F31.9 Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros trastornos bipolares
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F31.8 Trastorno bipolar II (D9, pág. 37)
		Especificar:
		— Hipomaniaco/Depresivo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F34.0 Trastorno ciclotímico (D12, pág. 37)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F31.9 Trastorno bipolar no especificado (D12, pág. 37)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno depresivo mayor (D16, pág. 38)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F33.x Trastorno depresivo mayor recidivante
		Codificar el estado actual del episodio depresivo mayor en el cuarto dígito:
		— 0 = Leve
		— 1 = Moderado
		— 2 = Grave sin síntomas psicóticos
		— 3 = Grave con síntomas psicóticos
		— 4 = En remisión parcial
		— 4 = En remisión total
		— 9 = No especificado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros trastornos depresivos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F34.1 Trastorno distímico (A60, pág. 23)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F32.9 Trastorno depresivo no especificado (D19, pág. 39)

2 Resumen de diagnósticos

SCID-VC. Cuaderno de puntuaciones

Actual	Prevalencia a lo largo de la vida	Otros trastornos del estado de ánimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F06.xx Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica (A64, pág. 24) <i>Indique la enfermedad médica:</i> _____ <i>Marque el especificador:</i> -32 Con síntomas depresivos -32 Con síntomas de depresión mayor -30 Con síntomas maníacos -33 Con síntomas mixtos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F10.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol (A69, pág. 25) <i>Marque el especificador:</i> — Con síntomas depresivos — Con síntomas maníacos — Con síntomas mixtos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F19.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por otras sustancias (o desconocidas) (A69, pág. 25) <i>Indique la sustancia:</i> _____ <i>Marque el especificador:</i> — Con síntomas depresivos — Con síntomas maníacos — Con síntomas mixtos

ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F20.xx Esquizofrenia (C7, pág. 29) <i>Marque el especificador:</i> -0x Tipo paranoide (C8, pág. 30) -1x Tipo desorganizado (C10, pág. 30) -2x Tipo catatónico (C9, pág. 30) -3x Tipo indiferenciado (C11, pág. 30) -5x Tipo residual (C12, pág. 30)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F20.8 Trastorno esquizofreniforme (C15, pág. 30)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F25.x Trastorno esquizoafectivo (C20, pág. 31)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F22.0 Trastorno delirante (C26, pág. 32)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F23.81 Trastorno psicótico breve con desencadenante(s) grave(s) (C31, pág. 33)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F23.80 Trastorno psicótico breve sin desencadenante(s) grave(s) (C31, pág. 33)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F06.2 Trastorno psicótico debido a enfermedad médica con ideas delirantes (C34, pág. 34) <i>Indique la enfermedad médica:</i> _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F06.0 Trastorno psicótico debido a enfermedad médica con alucinaciones (C34, pág. 34) <i>Indique la enfermedad médica:</i> _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F10.51 Trastorno psicótico inducido por alcohol con ideas delirantes (C38, pág. 35)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F10.52 Trastorno psicótico inducido por alcohol con alucinaciones (C38, pág. 35)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F19.51 Trastorno psicótico inducido por otras sustancias (o desconocidas) con ideas delirantes (C38, pág. 35) <i>Indique la sustancia:</i> _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F19.52 Trastorno psicótico inducido por otras sustancias (o desconocidas) con alucinaciones (C38, pág. 35) <i>Indique la sustancia:</i> _____

TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS

Actual	Prevalencia a lo largo de la vida	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos relacionados con el alcohol
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F10.2x Dependencia del alcohol (E15, pág. 42)
		F10.1 Abuso de alcohol (E16, pág. 42)
		Trastornos relacionados con otras sustancias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F16.2x Dependencia de alucinógenos (E31, pág. 46)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F15.2x Dependencia de anfetamina (E31, pág. 46)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F12.2x Dependencia de <i>Cannabis</i> (E31, pág. 46)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F14.2x Dependencia de cocaína (E31, pág. 46)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F19.2x Dependencia de fenciclidina (E31, pág. 46)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F18.2x Dependencia de inhalantes (E31, pág. 46)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F11.2x Dependencia de opiáceos (E31, pág. 46)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F13.2x Dependencia de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos (E31, pág. 46)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F19.2x Dependencia de otras sustancias (o desconocidas) (E31, pág. 46)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F16.1 Abuso de alucinógenos (E32, pág. 46)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F15.1 Abuso de anfetamina (E32, pág. 46)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F12.1 Abuso de <i>Cannabis</i> (E32, pág. 46)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F14.1 Abuso de cocaína (E32, pág. 46)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F19.1 Abuso de fenciclidina (E32, pág. 46)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F18.1 Abuso de inhalantes (E32, pág. 46)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F11.1 Abuso de opiáceos (E32, pág. 46)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F13.1 Abuso de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos (E32, pág. 46)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F19.1 Abuso de otras sustancias (o desconocidas) (E32, pág. 46)

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia (F23, pág. 49)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia (F24, pág. 49)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo (F38, pág. 52)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F43.1 Trastorno por estrés posttraumático (F64, pág. 56)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado (F71, pág. 57)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F06.4 Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica (F86, pág. 60)

Indique la enfermedad médica: _____

Marque el especificador:

- Con ansiedad generalizada
- Con crisis de angustia
- Con síntomas obsesivo-compulsivos

4 Resumen de diagnósticos

SCID-VC. Cuaderno de puntuaciones

Actual	Prevalencia a lo largo de la vida	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F10.8 Trastorno de ansiedad inducido por alcohol (F91, pág. 62) <i>Marque el especificador:</i> <input type="checkbox"/> Con ansiedad generalizada <input type="checkbox"/> Con crisis de angustia <input type="checkbox"/> Con síntomas obsesivo-compulsivos <input type="checkbox"/> Con síntomas fóbicos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F19.8 Trastorno de ansiedad inducido por otras sustancias (o desconocidas) (F91, pág. 62) <i>Indique la sustancia:</i> _____ <i>Marque el especificador:</i> <input type="checkbox"/> Con ansiedad generalizada <input type="checkbox"/> Con crisis de angustia <input type="checkbox"/> Con síntomas obsesivo-compulsivos <input type="checkbox"/> Con síntomas fóbicos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros trastornos de ansiedad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia (F65, pág. 56)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F40.1 Fobia social (F66, pág. 56)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F40.2 Fobia específica (F67, pág. 56)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada (F68, pág. 56)

TRASTORNOS SOMATOMORFOS

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F45.0 Trastorno de somatización (F72, pág. 58)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado (F72, pág. 58)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F45.2 Hipocondría (F73, pág. 58)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F45.2 Trastorno dismórfico corporal (F74, pág. 58)

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F50.0 Anorexia nerviosa (F75, pág. 58)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F50.2 Bulimia nerviosa (F76, pág. 58)

TRASTORNOS ADAPTATIVOS

<input type="checkbox"/>	F43.20 Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo (F82, pág. 59)
<input type="checkbox"/>	F43.28 Trastorno adaptativo con ansiedad (F82, pág. 59)
<input type="checkbox"/>	F43.22 Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo (F82, pág. 59)
<input type="checkbox"/>	F43.24 Trastorno adaptativo con trastorno de comportamiento (F82, pág. 59)
<input type="checkbox"/>	F43.25 Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y el comportamiento (F82, pág. 59)
<input type="checkbox"/>	F43.9 Trastorno adaptativo no especificado (F82, pág. 59)

SCID-VC Cuaderno de puntuaciones

Resumen de diagnósticos 5

OTROS TRASTORNOS DEL DSM-IV EN EL EJE I

	Prevalencia a lo largo de la vida	
Actual		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escriba el código y el diagnóstico: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escriba el código y el diagnóstico: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escriba el código y el diagnóstico: _____

EJE IV DEL DSM-IV: REGISTRO PSICOSOCIAL Y AMBIENTAL

Comprobar:

☐ Problemas relativos al grupo primario de apoyo. Especificar: _____

☐ Problemas relativos al ambiente social. Especificar: _____

☐ Problemas relativos a la enseñanza. Especificar: _____

☐ Problemas laborales. Especificar: _____

☐ Problemas de vivienda. Especificar: _____

☐ Problemas económicos. Especificar: _____

☐ Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria. Especificar: _____

☐ Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen. Especificar: _____

☐ Otros problemas psicosociales y ambientales. Especificar: _____

Eje V del DSM-IV: Escala de evaluación de la actividad global (EEAG)

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético *continuum* de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales).

Código (Nota: Utilizar los códigos intermedios cuando resulte apropiado, p. ej., 45, 63, 72.)

Puntuación EEAG:

Actual: — —

Máxima en el año

anterior: — —

- 100 Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas.
- 91 Sin síntomas.
- 90 Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
- 81 Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicossociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
- 71 Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
- 61 Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).
- 51 Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
- 41 Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
- 31 La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
- 21 Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maniaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos). O alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo).
- 11 Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
- 0 Información inadecuada.

SCID-VC Cuaderno de puntuaciones

Visión general 7

VISIÓN GENERAL

DATOS DEMOGRÁFICOS

¿Cuál es su fecha de nacimiento?	Fecha de nacimiento: Día Mes Año	P1
¿Está casado? SI CONTESTA NEGATIVAMENTE: ¿Lo ha estado alguna vez?	Estado civil: 1. Casado o viviendo con alguien como si estuviera casado 2. Viudo 3. Divorciado o matrimonio anulado 3. Separado 4. Soltero	P2
¿Tiene hijos? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Cuántos?		P3
¿Dónde vive? ¿Con quién vive?		P4

HISTORIA ACADÉMICA

¿Hasta cuándo fue al colegio? SI NO HA PODIDO ACABAR UN CURSO EN QUE SE HABÍA MATRICULADO: ¿Por qué no lo terminó?	Estudios: 1. Enseñanza primaria o inferior 2. Enseñanza secundaria (sin título de graduado) 3. Bachillerato o equivalente 4. Estudios superiores incompletos 5. Enseñanza superior 3 años 6. Enseñanza superior 5 años 7. Escuela de formación profesional (1.º ciclo) 8. Escuela de formación profesional (2.º ciclo)	P5
--	--	----

HISTORIA OCUPACIONAL

<p>¿Qué tipo de trabajo realiza?</p> <p>¿Está trabajando actualmente?</p> <p>SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Cuánto tiempo ha trabajado allí?</p> <p>SI MENOS DE 6 MESES: ¿Por qué dejó su último trabajo?</p> <p>¿Siempre ha realizado el mismo tipo de trabajo?</p> <p>SI CONTESTA NEGATIVAMENTE: ¿A qué es debido?</p> <p>¿Qué tipo de trabajo ha realizado antes?</p> <p>¿Cómo se mantiene económicamente ahora?</p>		P6
<p>EN CASO DESCONOCIDO: ¿Ha habido alguna época en que se haya sentido incapaz de trabajar o asistir a clase?</p> <p>SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Cuándo? ¿Por qué?</p>		P7

ESTADO DEL TRATAMIENTO ACTUAL

<p>EN CASO DESCONOCIDO: ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento durante el último mes?</p>	<p>Ámbito de tratamiento: (marque uno con un círculo)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Actualmente ingresado 2. Actualmente ambulatorio 3. Otros (p. ej., programa en 12 sesiones como los de AA, Alcohólicos Anónimos) 4. No existe tratamiento actual 	P8
<p>SI SE HALLA INGRESADO: ¿Cuándo ingresó en el hospital?</p> <p>SI ES AMBULATORIO: ¿Cuándo empezó a acudir a (la clínica/la consulta privada/el programa)?</p>	<p>Fecha:</p>	P9

SCID-VC. Cuaderno de puntuaciones

Visión general 9

PRINCIPAL MOTIVO DE CONSULTA Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué le ha hecho venir aquí (esta vez)? (¿Cuál es el problema principal que le causa dificultades?) SI NO DA DETALLES SOBRE EL PROBLEMA: Cuénteme más sobre eso. (¿Qué quiere decir con...?)		P10
---	--	-----

INICIO DE LA ENFERMEDAD O LA EXACERBACIÓN ACTUAL

¿Cuándo empezó? (¿Cuándo se dio cuenta por primera vez de que algo iba mal?) ¿Cuándo se sintió bien (como de costumbre) por última vez?		P11
--	--	-----

NUEVOS SÍNTOMAS O RECURRENCIA

¿Es algo nuevo o la repetición de algo que ya había experimentado anteriormente? (¿Qué es lo que le ha hecho pedir ayuda ahora?)		P12
---	--	-----

**CONTEXTO AMBIENTAL Y POSIBLES PRECIPITANTES
(UTILÍCESE COMO INFORMACIÓN PARA EL EJE IV)**

¿Ocurrió o cambió algo justo antes de que todo esto empezara? (¿Cree que esto tiene que ver con su [ENFERMEDAD ACTUAL]?) ¿Qué otro tipo de problemas tenía cuando esto empezó?		P13
--	--	-----

CURSO DE LA ENFERMEDAD O DE LA EXACERBACIÓN ACTUAL

Después de que esto empezara, ¿qué ocurrió luego? (¿Empezaron a molestarle otras cosas?)		P14
Desde que esto empezó, ¿cuándo se ha sentido peor? SI HACE MÁS DE UN AÑO: En el último año, ¿cuándo se sintió peor?		P15

HISTORIA DE TRATAMIENTOS PREVIOS

¿Cuándo fue la primera vez que se visitó por problemas emocionales o psiquiátricos? (¿Por qué fue? ¿Qué tratamiento(s) recibió? ¿Qué medicamentos?) ¿Recibió tratamiento por drogas o alcohol? (EL REGISTRO DE ANTECEDENTES MÉDICOS [PÁG. 12] PUEDE SER UTILIZADO PARA ANOTAR UNA HISTORIA COMPLEJA DE PSICOPATOLOGÍA Y TRATAMIENTOS)		P16
¿Alguna vez ha tenido que ingresar en un centro psiquiátrico? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Por qué fue? (¿Cuántas veces?) SI DA UNA RESPUESTA INADECUADA, REBATIR CON DELICADEZA: p. ej., ¿Había algo más? La gente no suele ir al centro psiquiátrico por estar [CANSADO/NERVIOSO/PROPIAS PALABRAS].		P17
¿Alguna vez ha tenido que ingresar en un hospital para recibir tratamiento por un problema médico? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Por qué fue?		P18

OTROS PROBLEMAS ACTUALES

¿Ha tenido cualquier otro problema durante el último mes?		P19
¿Cuál ha sido su estado de ánimo?		P20
¿Cómo se ha encontrado físicamente? (¿Ha tenido algún problema médico?) (UTILICE ESTA INFORMACIÓN PARA EL EJE III)		P21
¿Está tomando algún tipo de medicamentos o vitaminas (diferentes a las que ya me ha explicado)? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿En qué cantidad y con qué frecuencia toma [MEDICACIÓN]? (¿Ha habido algún cambio en la cantidad que ha estado tomando?)		P22
¿Cuánto [alcohol] ha estado bebiendo [durante el último mes]? ¿Ha estado consumiendo alguna droga [durante el último mes]? (¿Ha tomado marihuana, cocaína u otras drogas?)		P23

FUNCIONAMIENTO SOCIAL ACTUAL (UTILÍCESE COMO INFORMACIÓN PARA EL EJE V)

¿En qué ha empleado su tiempo libre? ¿Con quién ha empleado su tiempo libre?		P24
---	--	-----

VISIÓN GENERAL DE DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICOS ACTUALES MÁS PROBABLES: _____	P25
DIAGNÓSTICOS QUE DEBEN DESCARTARSE: _____ _____ _____	P26

REGISTRO DE ANTECEDENTES MÉDICOS (CURVA VITAL)

[illegible]

8.1.5. Test de Detección de Uso de Alcohol, Tabaco y otras Sustancias (OMS ASSIST)

INTRODUCCIÓN (*Léala al consultante o paciente*)

Gracias por aceptar esta breve entrevista sobre alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy a hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, aspiradas, inhaladas, inyectadas o tomadas en forma de pastillas o píldoras (muestre la tarjeta de drogas).

Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar medicinas que hayan sido consumidas tal como han sido prescritas por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o en dosis más altas a las prescritas, por favor dígamelo. Si bien estoy interesado en conocer su consumo de diversas drogas, tenga la plena seguridad que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.

NOTA: ANTES DE FORMULAR LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LA TARJETA DE RESPUESTAS AL CONSULTANTE

Pregunta 1

(Si luego hace seguimiento, compare las respuestas del consultante con las que dio a la P1 del cuestionario inicial. Cualquier diferencia en esta pregunta debe ser explorada)

A lo largo de su vida, ¿cual de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (<i>SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS</i>)		
	No	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3
NOTA: Si la respuesta es afirmativa: Preguntar a que edad inicio a fumar:		
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otras - especifique:	0	3

Pregunta 2

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (<i>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</i>)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada	
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	[6]
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	2	3	[4]	6
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	2	[3]	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	[0]	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	[3]	4	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	[0]	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	[0]	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	[0]	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	[0]	2	3	4	6
j. Otras - especifique: GHB	[0]	2	3	4	6

Si respondió "Nunca" a todos los ítems en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.

Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada una de las sustancias.

Pregunta 3

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (<i>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</i>)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada semana	Cada mes	A diario o
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	[0]	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	[0]	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	[0]	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	[0]	3	4	5	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	[0]	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	[0]	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	[0]	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	[0]	3	4	5	6
j. Otras - especifique:	[0]	3	4	5	6

Pregunta 4

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (<i>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</i>) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	[0]	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	[4]	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	[0]	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	[0]	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	4	[5]	6	7
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	[0]	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	[0]	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	[0]	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	[0]	4	5	6	7
j. Otras - especifique:	[0]	4	5	6	7

Pregunta 5

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (<i>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</i>)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	[0]	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	[0]	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	[0]	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	[0]	5	6	7	8
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	[0]	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	[0]	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	[0]	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	[0]	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	[0]	5	6	7	8

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que el consultante o paciente ha consumido alguna vez (es decir, aquellas mencionadas en la Pregunta 1)

Pregunta 6

¿Un amigo, un familiar o alguien más <u>alguna vez</u> ha mostrado preocupación por su consumo de (<i>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</i>)?	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	[6]	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	[0]	6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	6	[3]
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	[0]	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	[6]	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	[0]	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	[0]	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	[3]
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	[0]	6	3
j. Otras - especifique: GHB	[0]	6	3

Pregunta 7

¿Ha intentado <u>alguna vez</u> controlar, reducir o dejar de consumir (<i>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</i>) y no lo ha logrado?	No, nunca en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	[3]
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	[0]	6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	[0]	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	[0]	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	[0]	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	[0]	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	[0]	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	[0]	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	[0]	6	3
j. Otras - especifique: GHB	[0]	6	3

Pregunta 8

¿Ha consumido <u>alguna vez</u> alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los
	0	2	1

CÓMO CALCULAR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.

Para cada sustancia (de la **a.** a la **j.**) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7.

No incluya los resultados de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación.

Por ejemplo, la puntuación para cannabis se calcula como: **P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c**

Note que la P5 para el tabaco no está codificada, y se calcula como: **P2a + P3a + P4a + P6a + P7a**

EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA

	Registre la puntuación para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco		0 – 3	4 – 26	27+
b. Alcohol		0 – 10	11 – 26	27+
c. Cannabis		0 – 3	4 – 26	27+
d. Cocaína		0 – 3	4 – 26	27+
e. Anfetaminas		0 – 3	4 – 26	27+
f. Inhalantes		0 – 3	4 – 26	27+
g. Sedantes		0 – 3	4 – 26	27+
h. Alucinógenos		0 – 3	4 – 26	27+
i. Opiáceos		0 – 3	4 – 26	27+
j. Otras drogas		0 – 3	4 – 26	27+

¿Está preocupado sobre su consumo de sustancias?

a.	Su riesgo de experimentar estos daños es:.....	Bajo ...	Moderado ...	Alto ...
Tabaco	El consumo habitual de tabaco se asocia con:	(marque una)		
<input type="checkbox"/>	Envejecimiento prematuro, arrugas en la			
<input type="checkbox"/>	piel Infecciones respiratorias y asma			
<input type="checkbox"/>	Aumento de la presión arterial, diabetes			
<input type="checkbox"/>	Infecciones respiratorias, alergias y asma en hijos de fumadores			
<input type="checkbox"/>	Abortos, partos prematuros y niños con bajos pesos al nacer de madres fumadores embarazadas			
<input type="checkbox"/>	Enfermedades renales			
<input type="checkbox"/>	Enfermedad respiratoria obstructiva crónica			
<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca, infartos cerebrales, enfermedades vasculares			
<input type="checkbox"/>	Cánceres			

b.	Su riesgo de experimentar estos daños es:.....	Bajo ...	Moderado ...	Alto ...
Alcohol	La ingesta excesiva habitual de alcohol se asocia con:	(marque una)		
<input type="checkbox"/>	Resacas, conductas agresivas y violentas, accidentes y lesiones			
<input type="checkbox"/>	Reducción en la actividad y capacidad sexual, envejecimiento prematuro			
<input type="checkbox"/>	Problemas digestivos, úlceras, inflamación del páncreas, aumento de la presión arterial			
<input type="checkbox"/>	Ansiedad y depresión, problemas de pareja, problemas económicos y laborales			
<input type="checkbox"/>	Dificultad para recordar y solucionar problemas			
<input type="checkbox"/>	Deformidades y daño cerebral en recién nacidos de embarazadas bebedoras			
<input type="checkbox"/>	Ataque cerebral, lesión cerebral permanente, daño muscular y neurológico			
<input type="checkbox"/>	Enfermedad hepática, enfermedad pancreática			
<input type="checkbox"/>	Cánceres, suicidio			

c.	Su riesgo de experimentar estos daños es:.....	Bajo ...	Moderado ...	Alto ...
Cannabis	El consumo habitual de cannabis se asocia con:	(marque una)		
<input type="checkbox"/>	Problemas con la atención y motivación			
<input type="checkbox"/>	Ansiedad, paranoia, pánico, depresión			
<input type="checkbox"/>	Pérdida de memoria y en la capacidad de solución de problemas			
<input type="checkbox"/>	Aumento de la presión arterial			
<input type="checkbox"/>	Asma, bronquitis			
<input type="checkbox"/>	Psicosis en aquellas personas con antecedentes familiares de esquizofrenia			
<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca y enfermedad respiratoria obstructiva crónica. Cáncere			

d. Cocaína	Su riesgo de experimentar estos daños es:.....	Bajo ...	Moderado ...	Alto ...
	El consumo habitual de cocaína se asocia con: (marque una)			
	Dificultades para dormir, palpitaciones, dolores de cabeza, pérdida de peso			
	Sensación de adormecimiento, acartonamiento en la piel, rascado en la piel			
	Accidentes y lesiones, problemas económicos			
	Pensamientos irracionales			
	Cambios de humor - ansiedad, depresión, manía			
	Agresividad y paranoia			
	Craving o deseo intenso, stress debido al estilo de vida			
	Psicosis tras el consumo repetido a altas dosis			
	Muerte súbita debido a problemas cardíacos			

e. Estimulantes de tipo anfetamínico	Su riesgo de experimentar estos daños es:.....	Bajo ...	Moderado ...	Alto ...
	El consumo habitual de estimulantes de tipo anfetamínico se asocia con: (marque una)			
	Dificultades para dormir, pérdida de apetito y de peso, deshidratación			
	Tensión mandibular, dolores de cabeza, dolores musculares			
	Cambios de humor – ansiedad, depresión, agitación, manía, pánico, paranoia			
	Temblores, palpitaciones y latidos cardíacos irregulares, falta de aire/disnea			
	Agresividad y conducta violenta			
	Psicosis tras el consumo continuado a altas dosis			
	Daño cerebral permanente			
	Daño hepático, hemorragias cerebrales, muerte súbita (del éxtasis) en situaciones raras			

f. Inhalantes	Su riesgo de experimentar estos daños es:.....	Bajo ...	Moderado ...	Alto ...
	El consumo habitual de inhalantes se asocia con: (marque una)			
	Mareos y alucinaciones, sedación, desorientación, visión borrosa			
	Síntomas pseudo-gripales, sinusitis, hemorragias nasales			
	Indigestión, úlceras estomacales			
	Accidentes y lesiones			
	Pérdida de memoria, confusión, depresión, agresión			
	Alteraciones en la coordinación, enlentecimiento en las reacciones, hipoxia			
	Delirio, convulsiones, coma, daño orgánico (corazón, pulmón, hígado, riñones)			
	Muerte por fallo cardíaco			

g. Sedantes	Su riesgo de experimentar estos daños es:.....	Bajo ...	Moderado ...	Alto ...
	El consumo habitual de sedantes se asocia con: (marque una)			
	Sedación, mareo y confusión			
	Dificultad para concentrarse y recordar cosas Náuseas, dolor de cabeza,			
	inestabilidad al andar Problemas de sueño			
	Ansiedad y depresión			
	Tolerancia y dependencia después de un período breve de consumo. Síntomas de abstinencia graves			
	Sobredosis y muerte si se consumen con alcohol, opiáceos u otras drogas depresoras.			

h. Alucinógenos	Su riesgo de experimentar estos daños es:.....	Bajo ...	Moderado ...	Alto ...
	El consumo habitual de alucinógenos se asocia con: (marque una)			
	Alucinaciones (placenteras o molestas) – visuales, auditivas, táctiles, olfatorias			
	Dificultades para dormir			
	Náuseas y vómitos			
	Aumento en la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial			
	Cambios de humor			
	Ansiedad, pánico, paranoia			
	Flash-backs			
	Aumento en los efectos de enfermedades mentales como la esquizofrenia			

i. opíáceos	Su riesgo de experimentar estos daños es:	Bajo ...	Moderado ...	Alto ...
	El consumo habitual de opiáceos se asocia con: (marque una)			
	Picor, náusea y vómitos			
	Mareos			
	Estreñimiento, deterioro de los dientes			
	Dificultad para concentrarse y recordar cosas			
	Disminución del deseo sexual y de la actividad sexual			
	Dificultades de pareja			
	Problemas económicos y laborales, delincuencia			
	Tolerancia y dependencia, síntomas de abstinencia			
	Sobredosis y muerte por depresión respiratoria			

8.2. Anexo 2. Variables estudiadas a través de los instrumentos de evaluación

Tabla 7.2.1*Características Sociodemográficas evaluadas en el EuropASI*

Áreas de la vida cotidiana	Variables
Información general	Género Edad Lugar de residencia Propiedad de la residencia Tiempo de ingreso Valoración de la percepción de gravedad (escala de 0-9) <ul style="list-style-type: none"> - Problemas médicos - Empleo - Alcohol - Drogas - Legal - Familia / social - Psicológico
Situación Médica	Existencia o no de problema médico crónico Existencia de hepatitis Realización de pruebas VIH <ul style="list-style-type: none"> - Tiempo - Resultado Ingesta de medicación para regular un problema físico Pensión por invalidez <ul style="list-style-type: none"> - Tipo de pensión
Empleo/Recursos	Nivel de estudios Periodo de empleo más duradero Periodo de desempleo más duradero Procedencia de los ingresos económicos actuales Deudas y cantidad
Uso Alcohol/drogas	Alcohol en cualquier dosis Alcohol en grandes dosis Heroína Metadona/LAAM Otros opiáceos/analgésicos Benzodiacepinas/barbitúricos/hipnóticos, etc. Cocaína Anfetaminas

	Cannabis
	Alucinógenos
	Inhalantes
	Tabaco
	Café
	Edad de inicio del consumo de cada sustancia,
	Tiempo de consumo a lo largo de la vida
	Consumo en el último mes
	Vía de administración
	Consumo de más de una sustancia al día
	Número de delirium tremens
	Número de sobredosis por drogas
	Lugar de rehabilitación para alcohol y drogas
	- Tiempo de rehabilitación
	- Tiempo de abstinencia debido a la rehabilitación
	Tiempo de abstinencia voluntaria sin rehabilitación
	Sustancia/s principal/es problemática/s
	Gasto económico en consumo de alcohol y drogas
Situación Legal	Delitos cometidos
	Número de condenas
	Tiempo en prisión
Historia Familiar	Antecedentes de consumo de sustancias y/o enfermedad mental rama materna
	Antecedentes de consumo de sustancias y/o enfermedad mental rama paterna
	Antecedentes de consumo de sustancias y/o enfermedad mental rama en hermanos
Relaciones	Estado civil y satisfacción
Familiares/Sociales	Convivencia actual y satisfacción
	Convivencia con personas con problemas de alcohol y drogas
	Red social durante el tiempo libre y satisfacción
	Amigos íntimos
	Abuso emocional, físico y sexual a lo largo de la vida
Estado Psiquiátrico	Numero de ingresos hospitalarios
	Número de tratamientos ambulatorios
	Número de intentos de suicidio

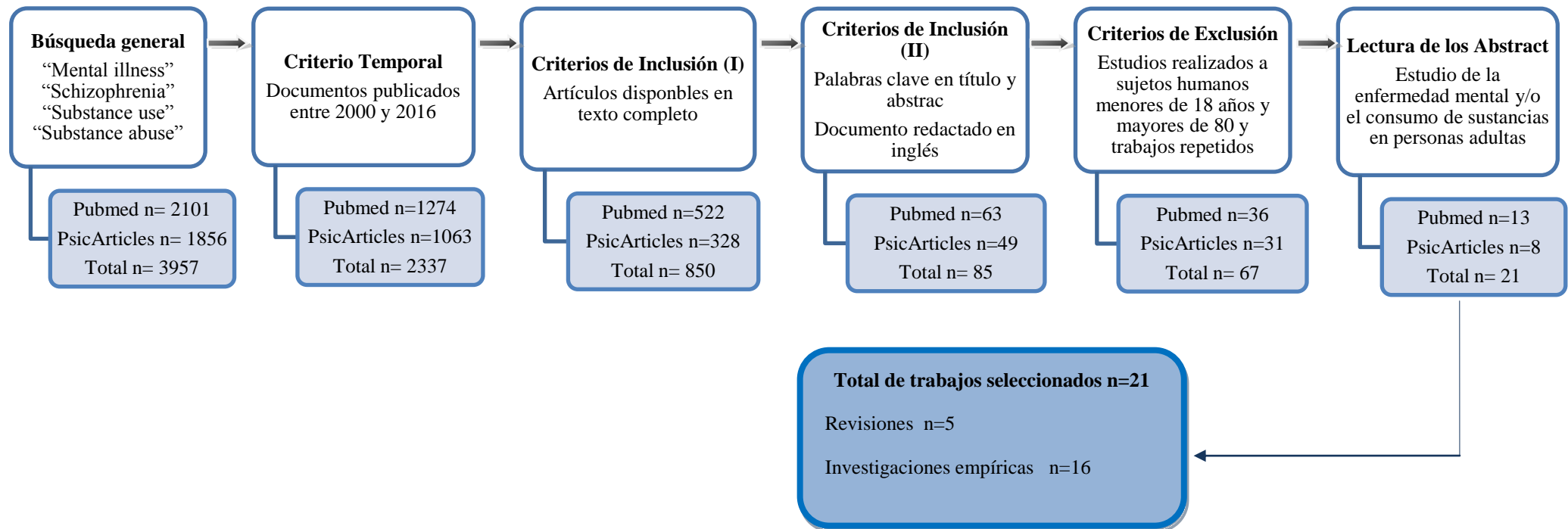
Tabla 7.2.2*Gravedad de síntomas psicóticos y no psicóticos en el contexto de trastornos mentales graves analizada en la BPRS*

Sintomatología	Gravedad
Cluster síntomas positivos	Ausencia del trastorno Trastorno leve o “caso probable” Trastorno grave o “caso cierto”
Cluster síntomas negativos	Ausencia del trastorno Trastorno leve o “caso probable” Trastorno grave o “caso cierto”
Total	A mayor puntuación, mayor gravedad

Tabla 7.2.3*Necesidad de intervención y preocupación ante el riesgo de efectos secundarios como consecuencia del consumo de sustancias analizadas en el ASSIST*

Variable	Gravedad
Tipo de intervención necesaria para las adicciones	Sin intervención Intervención breve Tratamiento intensivo
Preocupación ante efectos secundarios asociados al consumo de sustancias	A mayor puntuación, mayor preocupación

8.3. ANEXO 3. Proceso de selección de la revisión bibliográfica



8.4. Anexo 4. Investigación de los Comportamientos Adictivos en Enfermedad Mental Grave y Prolongada

Autores	Participantes	Instrumentos de evaluación	Principales resultados
Scheller-Gilkey, Thomas, Woolwine y Miller (2002)	n _{TOTAL} =40 n _{SZ} =20 n _{SZ+SUD} =20	SCID-I ASI	Las sustancias más consumidas fueron: alcohol, seguidas de marihuana y cocaína.
Spencer, Castle y Michie (2002).	n _{TOTAL} =69	SUSP	47,8% de los participantes tenían diagnóstico de esquizofrenia. En el estudio realizado, 77% de los participantes había consumido alcohol, 50% cannabis, 5% anfetaminas, 5% alucinógenos, 3% heroína y 2% inhalantes. 47% de los participantes habían policonsumido
Variable, Carey, Carey y Maisto (2003).	n _{TOTAL} =2774	SCID-I AUDIT DAST-20 Estimación del contenido de cafeína en las bebidas Nº de cigarrillos diarios (>20 = fumar en exceso)	Los resultados indican que el 61% de los evaluados fuman diariamente y el 18% fuman en exceso.
Gurpegui, Aguilar, Martínez-Ortega, Diaz y de Leon (2004).	n _{TOTAL} =250	PANSS FTND Estimación del contenido de cafeína en las bebidas (100mg/150cc)	59% de los participantes consume cafeína. El consumo de cafeína estaba asociado con el uso de tabaco y alcohol.
Drake, McHugo, Xie, Fox,	n _{TOTAL} =130	TLFB	Las sustancias más consumidas fueron alcohol

Packard y Helmstetter (2006)	(jóvenes +18, hombres, caucásicos, estudios secundarios y no casados)	ASI BPRS AUS DUS SATS	(83%), cannabis (48,1%) y cocaína (14%). El consumo de sustancias comenzó hace más de 3 años antes de los primeros contactos psiquiátricos. La subescala desorganización del BPRS presenta la dimensión psicopatológica más grave entre los pacientes SZ+SUD
Bizzarri, Rucci, Sbrana, Miniati, Raimondi, Ravani y Gonnelli (2009).	n _{TOTAL} =108 n _{SZ} =15 n _{SZ+SUD} =15 n _{BIPOLAR} =40 n _{BIPOLAR+SUD} =28 n _{DM} =6 n _{DM+SUD} =4	SCID-I SCI-SUBS	Las sustancias más consumidas fueron: cannabis (74%), cocaína (30%), MDMA y anfetaminas (17%). El 43,5% de los pacientes con trastorno psicótico cumplen los criterios del trastorno por abuso de sustancias (SUD)
Thornton, Baker, Johnson, Kay-Lambkin y Lewin (2012)	n _{TOTAL} =89	FTND AUDIT CUDIT	El porcentaje del uso de sustancias en personas con enfermedad mental grave: Sólo tabaco (6.74%), sólo alcohol (20,23%), sólo cannabis (0%), tabaco y alcohol (16,85%), tabaco y cannabis (2,25%), alcohol y cannabis (5,62%), tabaco, alcohol y cannabis (20,23%), no consumo de sustancias (28,08%)
Batalla, Garcia-Rizo, Castellví, Fernandez-Egea, Yücel Parellada y Bernardo (2013)	n _{TOTAL} =58 primer contacto psiquiátrico	SCID-I DALI	Las sustancias consumidas registradas fueron: alcohol (32,8%), cannabis (50%), cocaína (24,1%), anfetaminas (5,2%), otras sustancias como LDS o éxtasis (10,3%). El DALI clasificó que el 50% de los pacientes tenía un alto riesgo de trastorno por abuso de

			cocacína/cannabis y el 19% un alto riesgo por abuso de alcohol.
Desmarais, Van Dorn, Sellers, Young y Swartz (2013).	n _{TOTAL} =1460	SCID-I AUS DUS Self-reported alcohol and drug use	15,8% dieron positivo para el diagnostic de trastorno por uso de sustancias (SUD), mediante la SCID. 10,5% fueron identificados como abusivos y 8,2% como dependientes.
			El trastorno por consumo de alcohol fue el menos prevalente (4,6%)
Picci, Versino, Oliva, Giarretto, Ostacoli, Trivelli y Furlan, P. M. (2013)	n _{TOTAL} =130 (primera hospitalización)	SCID-I BPRS	El 46,15% de los sujetos (n=60) con esquizofrenia cumplieron los criterios para el diagnóstico trastorno por uso de sustancias (SUD).
			Las sustancias más consumidas fueron: cannabis (100%), cocaína (31,70%), anfetaminas (15%), LSD (13,30%) y heroína (5%). El 41,70% de los pacientes (n=25) eran poliabusivos.
			La subescala desorganización del BPRS presenta la dimensión psicopatológica más grave entre los pacientes SZ+SUD
Mesholam-Gately, Gibson, Seidman y Green (2014)	n _{TOTAL} =43	BPRS SCID-I	Las sustancias más consumidas fueron: alcohol (42-69%), cannabis (30-46%), policonsumo (25%), cocaína (8-15%), heroína (8%), alucinógenos (8%), inhalantes (8%)
Kerner, B. (2015)	n _{TOTAL} =1219 (personas caucásicas,	DIGS LCA	El trastorno por uso de sustancias se presenció en el 54% de los sujetos con esquizofrenia

	adultos, 70% hombres,)		Las sustancias más consumidas fueron: alcohol (43%), cannabis (35%), sustancias ilegales (27%).
			El 72% de los pacientes habían sido diagnosticados de SUD antes del primer episodio de SZ y el 34% tenía antecedentes familiares de psicosis
Márquez-Arrico, Benaiges, y Adán (2015)	n _{TOTAL} =82 n _{SUD} =43 n _{SUD+SZ} =39 (hombres, 18-55 años, españoles, casados y no casados)	SCID-I DAST-20	Las sustancias más consumidas fueron: SUD = alcohol + cocaína SUD+SZ= alcohol + cocaína + cannabis

Nota. **ASI:** Addiction Severity Index (McLellan, Luborsky, Woody y O'Brien, 1980). **AUS:** Alcohol Use Scale (Drake, Osher, Noordsy, Hurlbut, Teague y Beaudett, 1990). **BPRS:** Brief Psychiatric Rating Scale (Ventura, Green, Shaner y Liberman, 1993). **CUDIT:** Cannabis Use Disorder Identification Test (Adamson y Sellman, 2003). **DALI:** Dartmouth Assessment of Lifestyle Inventory (Rosenberg, Drake, Wolford, Mueser, Oxman, Vidaver y Luckoor, 1998). **DAST-20:** Drug Abuse Screening Test (Skinner, 1982; Gálvez, Fernández, Vicente-Manzanaro, Valenzuela y Lafuente, 2010). **DIGS:** Diagnostic Interview for Genetics Studies (Nurnberger, Blehar, Kaufmann, York-Cooler, Simpson, Harkavy-Friedman y Reich, 1994). **DUS:** Drug Use Scale (Drake, Osher, Noordsy, Hurlbut, Teague y Beaudett, 1990). **FTND:** the Fagerström Test for Nicotine Dependence (Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström, 1991). **LCA:** Latent Class Analysis (McCutcheon, 1987). **PANSS:** Psychometric properties of the positive and negative syndrome scale in schizophrenia (Peralta y Cuesta, 1994). **SATS:** Substance Abuse Treatment Scale (McHugo, Drake, Burton y Ackerson, 1995). **SCID-I:** Structural Clinical Interview for DSM-IV-R Axis I Disorders (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1997). **SCI-SUBS:** Structured Clinical Interview for the Spectrum of Substance Use (Sbrana, Dell'Osso, Gonnelli, Impagnatiello, Spagnoli y Grochocinski, 2003). **SUSP:** Substance Use Scale for Psychosis (Spencer, Castle y Michie, 2002). **TLFB:** Time-Line Follow Back (Sobell, Sobell, Buchan, Cleland, Fedoroff y Leo, 1996).

8.5. Anexo 5. Aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica

Comité Ético de Investigación Clínica

Área de Salud de Zamora

DICTAMEN DEL COMITÉ ETICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

MANUEL ANGEL FRANCO MARTIN, Secretario del Comité Ético de Investigación Clínica del Área de Salud de Zamora

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado el proyecto de fin de Master en Psicología General Sanitaria de la alumna Dña. MARIA MARTIN DOMINGUEZ, dirigida por el Dr. Manuel A. Franco Martín, Profesor del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos de la Universidad de Salamanca en colaboración con la Fundación Intrás, titulada:

EVALUACION DE LOS COMPORTAMIENTOS ADICTIVOS EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y PROLONGADA

y considera que:

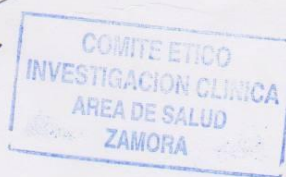
Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del proyecto en relación con los objetivos del estudio.

El procedimiento para obtener el consentimiento informado, y el plan de reclutamiento de sujetos previstos son adecuados.

Por tanto, este Comité acepta que dicho proyecto sea realizado Dña. MARIA MARTIN DOMINGUEZ

Lo que firmo en Zamora a 15 de febrero de 2017

Firmado:
Don Manuel A. Franco Martín



Secretaría Hospital Provincial
C/ Hernán Cortés, nº 40- 49021- Zamora
Teléfono: 980 548572 – Fax : 980 517305
E-mail: psq.hvcn@saludcastillayleon.es

8.6. Anexo 6. Características de los Comportamientos Adictivos en la muestra de pacientes con Enfermedad Mental Grave y Prolongada

Sustancias	Nº de sujetos	Porcentaje (%)	Media	Desviación típica
Alcohol cualquier dosis				
Edad de inicio	18	85,7%	16,17	5,46
A lo largo de la vida	16	76,2%	27,94	10,20
Ultimo mes	18	85,7%	2,67	7,09
Alcohol en grandes dosis				
Edad de inicio	10	47,6%	20,20	12,16
A lo largo de la vida	9	42,9%	18,67	7,30
Ultimo mes	1	4,8%	1,00	-
Heroína				
Edad de inicio	3	14,3%	16,00	4,35
A lo largo de la vida	3	14,3%	18,67	5,77
Ultimo mes	0	-	-	-
Otros opiáceos/analgésicos				
Edad de inicio	4	19,0%	18,50	17,74
A lo largo de la vida	3	14,3%	27,02	5,57
Ultimo mes	2	9,5%	2,00	1,41
Benzodiacepinas/barbitúricos/sedantes/hipnóticos				
Edad de inicio	8	38,1%	29,63	17,71
A lo largo de la vida	8	38,1%	10,00	8,91
A lo largo de la vida	5	23,8%	30,00	0,00
Ultimo mes				
Cocaína				
Edad de inicio	8	38,1%	19,88	5,19
A lo largo de la vida	8	38,1%	15,25	8,31
Ultimo mes	0	-	-	-
Anfetaminas				
Edad de inicio	8	38,1%	19,13	10,37
A lo largo de la vida	7	33,3%	10,43	7,85
Ultimo mes	1	4,8%	15,00	-
Cannabis				
Edad de inicio	12	57,1%	23,25	12,99
A lo largo de la vida	11	52,4%	11,91	8,40
Ultimo mes	4	19,0%	68,25	115,29
Alucinógenos				
Edad de inicio	5	23,8%	19,80	7,22
A lo largo de la vida	5	23,8%	9,00	10,95
Ultimo mes	0	-	-	-
Tabaco				
Edad de inicio	15	71,4%	15,47	3,31
A lo largo de la vida	15	71,4%	27,07	10,05
Ultimo mes	13	61,9%	34,62	11,26
Otros (café, redbull...)				
Edad de inicio	13	61,9%	18,62	7,97
A lo largo de la vida	13	61,9%	28,62	10,04
Ultimo mes	10	47,6%	48,90	27,06